



LLU.430.001.2017
Nr ewid. 64/2017/P/16/077/LLU

Informacja o wynikach kontroli

**PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA
DZIECI I MŁODZIEŻY
W WOJEWÓDZTWIE LUBELSKIM**

DELEGATURA W LUBLINIE

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Delegatury NIK w Lublinie:
Edward Lis



Akceptuję:
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Mieczysław Łuczak

Zatwierdzam:
Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Krzysztof Kwiatkowski
Warszawa, dnia 11.07.2017r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

WPROWADZENIE	5
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	7
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	9
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	9
2.2. Synteza wyników kontroli.....	10
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	14
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	15
3.1. Realizacja zadań przez LOW NFZ.....	15
3.2. Realizacja zadań przez UM Lublin.....	17
3.3. Prowadzenie profilaktyki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży	19
4. INFORMACJE UZYSKANE OD NIEKONTROLOWANYCH PODMIOTÓW	26
4.1. Realizacja świadczeń dla dzieci i młodzieży w województwie lubelskim w porównaniu do pozostałych województw	26
4.2. Wyniki Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej	29
4.3. Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	32
4.4. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	34
4.5. Działalność Rzecznika Praw Dziecka	35
5. INFORMACJE DODATKOWE	37
6. ZAŁĄCZNIKI	39

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia.
LOW NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia Lubelski Oddział Wojewódzki w Lublinie.
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
NZOZ	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej.
UM Lublin	Urząd Miasta Lublin.
Portal SZOI	System Zarządzania Obiegiem Informacji, służący do wymiany informacji między OW NFZ a świadczeniodawcą.
Ustawa o NIK	Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524).
Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).
Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 193).
Rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.), uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r.
Rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).
Rozporządzenie w sprawie OWU z 2008 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r.
Rozporządzenie w sprawie OWU z 2015 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1146).
Zakres świadczeń	Kategoria świadczeń zdrowotnych, wyszczególniona w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, np. <ul style="list-style-type: none">– świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia,– świadczenia ogólnostomatologiczne,– profilaktyczne świadczenia stomatologiczne.

Funkcjonowanie szkolnych gabinetów stomatologicznych, w których realizowana jest przede wszystkim profilaktyka, zwiększa dostępność dzieci i młodzieży do świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych, a także wpływa pozytywnie na stan zdrowia jamy ustnej. Prowadzenie edukacji w zakresie higieny i prawidłowego żywienia oraz objęcie opieką stomatologiczną wszystkich uczniów będzie skutkowało poprawą ich sytuacji zdrowotnej.

Opieka stomatologiczna sprawowana nad dziećmi i młodzieżą stanowi niezmiernie istotny element w całym systemie ochrony zdrowia. Stomatologia zajmuje się leczeniem oraz profilaktyką chorób zębów, przyzębia i jamy ustnej. Analiza wyników monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej z 2012 r. wskazywała m.in., że 80% dwunastolatków miało próchnicę, zaś w 2016 r. wartość ta wzrosła do 85%.

Podjęcie niniejszej kontroli miało na celu wskazanie i zbadanie problemów związanych z dostępnością dzieci i młodzieży do leczenia stomatologicznego, finansowanego ze środków publicznych przez NFZ oraz jednostki samorządu terytorialnego realizujące programy polityki zdrowotnej. Najwyższa Izba Kontroli zauważyła również potrzebę zdiagnozowania efektywności (uzyskanych rezultatów) wykorzystania środków publicznych na udzielane świadczenia, wykonywane w większości przez niepubliczne podmioty lecznicze.

Choroba próchnicowa u dzieci i młodzieży stanowi istotny problem zdrowotny i społeczny we współczesnym świecie. Frekwencja i intensywność występowania próchnicy w naszym kraju jest bardzo wysoka. Pierwsze zmiany chorobowe pojawiają się już w dzieciństwie, a próchnica zębów mlecznych przenosi się na zęby stałe. Próchnica jest procesem długofalowym i aby ją zatrzymać należy podjąć działania we wczesnych fazach jej powstawania.

W celu zapobieżenia powstaniu próchnicy i ograniczenia jej rozwoju ważna jest profilaktyka prowadzona przez lekarzy dentystów, a także leczenie zmian próchnicowych. Systematycznie prowadzone badania stomatologiczne jamy ustnej pozwalają na wczesne wykrycie choroby i zastosowanie nieinwazyjnego leczenia lub minimalnego wypełnienia ubytków w zębach. Pozostałe świadczenia profilaktyczne, polegające na aplikacji związków fluoru (lakierowanie) oraz uszczelnianiu bruzd i zagłębień anatomicznych zębów (lakowanie), ograniczają wpływ czynnika bakteryjnego choroby próchnicowej.

Organy prowadzące szkoły publiczne¹ są zobowiązane do zapewnienia warunków sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami², w ramach podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ³. Organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu w sprawie profilaktycznej opieki zdrowotnej⁴.

Na podstawie art. 48 ust. 1 i 3 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej obejmujące w szczególności istotne problemy zdrowotne dotyczące całej lub określonej grupy świadczeniobiorców.

¹ Zgodnie z art. 5 ust. 5, 5a ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2016 r., poz. 1943 ze zm.) – zakładanie i prowadzenie szkół podstawowych i gimnazjów należy do zadań własnych gmin, szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych oraz podstawowych i gimnazjów specjalnych – do zadań powiatów.

² Art. 67 ust. 1 pkt 4 ustawy o systemie oświaty.

³ Por. art. 27 ust. 1 pkt 4 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).

Określenie rodzaju czynników sprzyjających rozwojowi próchnicy i czynników ochronnych oraz poziomu ryzyka choroby próchnicowej pozwala na opracowanie planu postępowania stomatologicznego, obejmującego zabiegi wykonywane profesjonalnie i w domu samodzielnie przez pacjenta. Planowanie opieki nad dzieckiem wymaga uwzględnienia specyficznych czynników, które wpływają na skuteczność postępowania stomatologicznego.

Dzieci i młodzież mogą korzystać z profilaktyki stomatologicznej i leczenia zębów w szkolnych gabinetach stomatologicznych. Świadczenia stomatologiczne realizowane w placówkach szkolno-opiekuńczych, które są finansowane ze środków publicznych, obejmują:

- profilaktyczne świadczenia stomatologiczne realizowane w określonym wieku (według załącznika nr 10 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych);
- pozostałe świadczenia profilaktyczne – badanie lekarskie, konsultacje specjalistyczne, lakierowanie zębów, zabezpieczenie bruzd lakiem szczelinowym;
- inne świadczenia – np. usunięcie złogów nazębnych, leczenie próchnicy, usunięcie zęba mlecznego, impregnacja zębiny, wypełnienie ubytków.

1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

Temat i numer kontroli

Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim (nr P/16/077)

Cel główny kontroli

Ocena skuteczności profilaktyki stomatologicznej dzieci i młodzieży.

Cele szczegółowe

- 1) Ocena stworzenia przez Miasto Lublin i szkoły warunków do skutecznej opieki stomatologicznej dzieci i młodzieży.
- 2) Ocena kontraktowania przez NFZ środków finansowych na opiekę stomatologiczną dzieci i młodzieży.
- 3) Ocena realizacji świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży.

Zakres podmiotowy kontroli

Kontrolą objęto 12 jednostek, w tym Narodowy Fundusz Zdrowia Lubelski Oddział Wojewódzki w Lublinie, Urząd Miasta Lublin i 10 podmiotów realizujących świadczenia stomatologiczne.

LOW NFZ został skontrolowany na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy, tj. pod względem legalności, gospodarności, rzetelności i celowości. Jednostka samorządu terytorialnego – na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy, tj. pod względem legalności, gospodarności i rzetelności. Świadczeniodawcy – na podstawie art. 2 ust. 3 pkt 4 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 3 ustawy, tj. pod względem legalności i gospodarności.

Zasięg terytorialny kontroli objął województwo lubelskie. Kontrola została przeprowadzona w okresie od 21 października 2016 r. do 24 lutego 2017 r.

W ramach kontroli P/16/077 prowadzonej u świadczeniodawców uzyskano informacje od 132 jednostek niekontrolowanych, w tym m.in. od 48 dyrektorów szkół w zakresie prowadzonej współpracy z podmiotami realizującymi świadczenia stomatologiczne w szkolnych gabinetach oraz od 47 przewodniczących rad rodziców na temat funkcjonującej w szkołach opieki stomatologicznej. W trakcie kontroli prowadzonej w UM Lublin zasięgnięto informacji od 10 świadczeniodawców m.in. w celu potwierdzenia wyceny wypełnienia ubytków z użyciem materiałów światłoutwardzalnych.

W informacji o wynikach kontroli uwzględniono także wyniki kontroli doraźnej rozpoznawczej nr R/16/004 *Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim*, przeprowadzonej przez Delegaturę NIK w Lublinie w podmiocie leczniczym (samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej) na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy, tj. pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.

Zakres przedmiotowy kontroli

Zakres przedmiotowy kontroli w LOW NFZ dotyczył działań w zakresie zapewnienia dostępności do świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży, kontraktowania świadczeń oraz rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W UM Lublin kontrolą objęto procesy planowania,

realizacji i kontroli programu polityki zdrowotnej. Podmioty lecznicze zostały skontrolowane w zakresie realizacji świadczeń stomatologicznych i wykorzystania środków publicznych na świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży.

Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto lata 2014–2016. W informacji o wynikach kontroli wykorzystano dokumenty opracowane przez jednostki niekontrolowane z lat 2013–2017 (I kwartał).

Uzasadnienie podjęcia kontroli

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy na 2016 r. w ramach ryzyka horyzontalnego „Nieźrównoważenie finansów publicznych” oraz funkcji państwa „Zdrowie”.

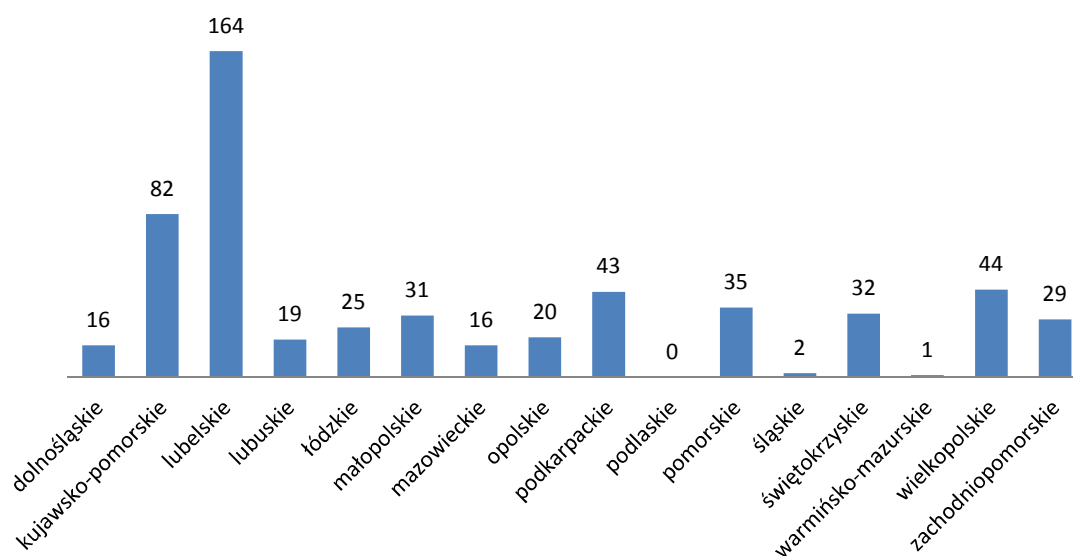
Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne oraz leczenie dzieci i młodzieży odbywa się w gabinetach zlokalizowanych m.in. w szkołach. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia stomatologicznego finansowane są ze środków publicznych przez NFZ oraz jednostki samorządu terytorialnego realizujące programy polityki zdrowotnej.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Na terenie województwa lubelskiego zdecydowana większość uczniów szkolnych miała możliwość systematycznego korzystania z usług stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych. Województwo stanowiło obszar, w którym jedna z największych w kraju grup mieszkańców korzystała z zakontraktowanych przez NFZ świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

Wykres nr 1

Liczba gabinetów stomatologicznych w 2016 r. w województwie lubelskim, w których realizowano opiekę stomatologiczną w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, w porównaniu do pozostałych województw



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji otrzymanych z NFZ.

Z ustaleń kontroli wynika, że zarówno świadczeniodawcy, LOW NFZ, UM Lublin, jak i konsultanci w dziedzinie stomatologii dziecięcej, nie dysponowali informacjami o skuteczności udzielanych świadczeń profilaktycznych. Stąd też nie jest możliwe przeprowadzenie takiej oceny.

LOW NFZ prawidłowo przeprowadził postępowania konkursowe, a przyjęte obszary kontraktowania i poziom finansowania świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży zapewniały do nich dostęp. NIK stwierdziła jednak, że LOW NFZ w sposób niewystarczający kontrolował realizację umów wykonywanych przez świadczeniodawców prowadzących szkolne gabinety stomatologiczne.

Stwierdzono, że LOW NFZ nie zawsze miał możliwość zawarcia potrzebnych umów, na terenie wszystkich powiatów województwa lubelskiego, głównie z powodu braku świadczeniodawców, gotowych do realizacji świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży. Spowodowało to wystąpienie znacznych różnic w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi obszarami kontraktowania (powiatami).

Skontrolowane podmioty lecznicze prawidłowo realizowały w gabinetach szkolnych świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży w zakresie profilaktyki, zakontraktowane przez LOW NFZ.

Opieką stomatologiczną objęto większość uczniów, a rodzice i dyrektorzy szkół doceniali możliwość skorzystania ze świadczeń stomatologicznych w miejscu nauki. Lekarze dentyści, na podstawie systematycznie prowadzonych badań stanu jamy ustnej, ocenili, że funkcjonowanie opieki stomatologicznej w szkołach (wykonywanie profilaktyki i bieżącego leczenia zębów) pozytywnie wpływa na stan zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży. We wszystkich podmiotach leczniczych zostały spełnione warunki realizacji świadczeń, dotyczące kwalifikacji personelu i wyposażenia w sprzęt medyczny. Stwierdzone nieprawidłowości nie miały istotnego wpływu na realizację świadczeń opieki zdrowotnej.

Problemem jest stosowanie amalgamatu do wypełnień ubytków w zębach dzieci. Materiał ten, w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych, został przewidziany do stosowania przy wypełnieniach zębów trzonowych i przedtrzonowych. Ze względu na to, że zawartość rtęci w amalgamacie niesie ze sobą ryzyko negatywnego wpływu na zdrowie człowieka, a w Unii Europejskiej planuje się wprowadzić ograniczenia w używaniu tego materiału, rozsądne wydaje się rozszerzenie katalogu materiałów stomatologicznych wykorzystywanych do realizacji świadczeń stomatologicznych.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, świadczeniodawcy nie prowadzili w szkołach wystarczających działań w zakresie edukacji prozdrowotnej dzieci i młodzieży, która ma największe znaczenie dla realizacji profilaktyki stomatologicznej.

Procedury finansowane w ramach NFZ, poza badaniem lekarskim z instruktażem higieny ustnej, nie przewidywały prowadzenia edukacji dzieci i ich rodziców, a program polityki zdrowotnej Miasta Lublina nie obejmował działań w zakresie promocji zdrowia.

Miasto Lublin stworzyło odpowiednie warunki do sprawowania opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży, w szczególności w zakresie objęcia profilaktyką i leczeniem młodzieży po ukończeniu 18 roku życia oraz finansowania procedur, które nie były ujęte w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Pomoc ta została jednak skierowana w większości przypadków do uczniów w wieku do 18 roku życia, objętych już opieką stomatologiczną finansowaną ze środków NFZ. UM Lublin realizował program profilaktyki próchnicy ukierunkowany na realizację konkretnych procedur, wymienionych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych i stwarzało to ryzyko podwójnego finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Na terenie województwa lubelskiego tylko Miasto Lublin zajmowało się problematyką próchnicy zębów i opracowało program zdrowotny. Pozostałe jednostki samorządu terytorialnego nie podjęły takich działań.

2.2 Synteza wyników kontroli

1. LOW NFZ rzetelnie określił zapotrzebowanie na świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, zapewniając jedną z największych w kraju dostępność tych świadczeń w szczególności poprzez funkcjonowanie szkolnych gabinetów stomatologicznych. Postępowania w sprawie zawarcia umów na realizację tych świadczeń przeprowadzono w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji i zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie. Prowadzono skuteczną weryfikację prawidłowości realizacji umów przez podmioty lecznicze, realizujące świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży. [str. 15–16]

2. LOW NFZ w niewystarczający sposób wykonywał, określone w art. 107 ust. 5 pkt 12 lit. b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zadania z zakresu kontroli realizacji umów przez świadczeniodawców prowadzących szkolne gabinety stomatologiczne. W latach 2014–2016 LOW NFZ przeprowadził 19 kontroli podmiotów realizujących świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, w tym tylko jedna dotyczyła świadczeniodawcy prowadzącego szkolny gabinet stomatologiczny. Z powyższego wynika, że w ciągu trzech lat spośród 164 gabinetów szkolnych, funkcjonujących na terenie województwa lubelskiego, skontrolowano tylko jeden. [str. 17]

3. Stwierdzono, że LOW NFZ niedostatecznie monitorował realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wykonywanych w szkolnych gabinetach stomatologicznych, pod kątem zgłaszania na piśmie informacji o planowanej przerwie w dostępności do świadczeń, wymaganej § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzeń w sprawie OWU z 2008 r. i 2015 r. Podmioty sprawujące opiekę stomatologiczną w szkołach powinny zapewnić dostępność świadczeń w dniach i godzinach, określonych w załączniku nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku niewykonywania świadczeń z powodu przerw w pracy szkoły, były zobowiązane do terminowego informowania LOW NFZ o planowanych przerwach w realizacji świadczeń. [str. 16]

4. UM Lublin podejmował działania stwarzające warunki do sprawowania opieki profilaktycznej nad uczniami w środowisku szkolnym. Świadczenia w ramach „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów uczęszczających do placówek oświatowo-wychowawczych w Lublinie” realizowane były w większości szkolnych gabinetów funkcjonujących na terenie Miasta Lublin. Urząd dokonał wyboru realizatorów Programu w drodze prawidłowo przeprowadzonego konkursu ofert. Środki finansowe na świadczenia zdrowotne wydatkowano zgodnie z umowami zawartymi z wykonawcami. [str. 17–18]

5. W UM Lublin nie określano rodzajów świadczeń finansowanych w ramach programu polityki zdrowotnej w taki sposób, aby stanowiły one uzupełnienie świadczeń finansowanych przez NFZ. Świadczenia określone w ww. Programie częściowo były tożsame ze świadczeniami finansowanymi przez NFZ. Powyższe stwarzało ryzyko podwójnego finansowania tych świadczeń, a także było niezgodne z jego założeniami, według których miał on uzupełniać działania finansowane ze środków publicznych. [str. 17]

6. Przyjęte w ww. Programie, realizowanym od 2009 r., mierniki oceny realizacji były nieadekwatne do określonych celów. Skutkowało to brakiem możliwości ocenienia, czy podejmowane działania przyczyniły się do zmniejszenia występowania próchnicy wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Uniemożliwiało to również przeprowadzenie rzetelnej oceny efektów Programu, o której mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. [str. 19]

7. W UM Lublin nie dokonywano też analizy rzetelności danych zawartych przez świadczeniodawców w sprawozdaniach końcowych z realizacji ww. Programu za poszczególne lata, przez co dane dotyczące liczby uczniów, korzystających ze świadczeń finansowanych przez Miasto, były zawyżone. [str.18]

8. Podmioty lecznicze, wykonujące świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży w szkolnych gabinetach, prawidłowo od strony formalnej wykonywały świadczenia w zakresie profilaktyki i spełniały warunki ich realizacji określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Wykonywane świadczenia profilaktyczne były potwierdzone wpisami w indywidualnej

dokumentacji pacjentów. Lekarze stomatolodzy, prowadzący profilaktyczną opiekę zdrowotną w szkolnych gabinetach, w większości przypadków współpracowali z rodzicami, pielęgniarkami i dyrektorami szkół. [str. 19, 24]

9. Nieprawidłowości w działalności świadczeniodawców dotyczyły przede wszystkim błędów w prowadzeniu indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów m.in. w zakresie niekompletnych oznaczeń świadczeniobiorcy i zapisów potwierdzających wykonanie świadczeń. Stwierdzono również przypadki, że podmioty lecznicze nie posiadały dokumentacji wykonanych przeglądów, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobów medycznych, które wykorzystywały do udzielania świadczeń zdrowotnych. Nie powiadamiano także LOW NFZ o planowanych przerwach w udzielaniu świadczeń, pomimo że nie wykonywano umowy w sposób systematyczny i ciągły przez cały okres jej obowiązywania. [str. 19–23]

10. W trakcie kontroli przeprowadzono analizę obowiązujących procedur, w wyniku której Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na problem ze stosowaniem amalgamatu do wypełnień ubytków w zębach dzieci, jako materiału przewidzianego przy realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W załączniku nr 11 „Wykaz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych” do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych określono, że przy udzielaniu świadczeń dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia stosuje się: światłoutwardzalny materiał kompozytowy do wypełniania ubytków w zębach siecznych i kłach w szczęce oraz żuchwie, cementy glasonomerowe i amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2 do wypełnienia pozostałych zębów. Z powyższego wynika, że do wypełnienia ubytków w zębach przedtrzonowych i trzonowych stosuje się głównie amalgamat. W latach 2014–2016, w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, założono 7.143,2 tys. wypełnień, z tego 6.290,8 tys. (88%) w zębach trzonowych i przedtrzonowych z użyciem przede wszystkim amalgamatu. NFZ finansuje wykonanie procedur „całkowite opracowanie i odbudowa ubytku”, rozróżniając kwotę refundacji w zależności od wielkości ubytku (np. rozległego) i od liczby powierzchni zęba wymagających wypełnienia. Rodzaj stosowanego materiału nie ma wpływu na wartość procedury.

Według opinii konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej zawartość rtęci w amalgamacie niesie za sobą ryzyko negatywnego wpływu na zdrowie człowieka. Unia Europejska dąży do wyeliminowania amalgamatu stomatologicznego⁵. Od 1 lipca 2018 r. zakazane będzie jego stosowanie m.in. przy leczeniu zębów mlecznych oraz leczeniu dzieci poniżej 15 roku życia.

[str. 23–24, 34–35]

11. W ramach opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży, finansowanej ze środków publicznych, nie zostały określone zasady jej prowadzenia. Świadczeniodawcy wykonywali zakontraktowane świadczenia (np. badanie jamy ustnej, lakierowanie zębów, zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym) bez ustalonych planów postępowania profilaktycznego, uwzględniających indywidualne potrzeby pacjenta w zakresie profesjonalnych zabiegów prowadzonych w gabinetach stomatologicznych. Opieką stomatologiczną prowadzoną w szkołach objęto ok. 80% uczniów do 18 roku życia. [str. 24]

⁵ <http://www.consilium.europa.eu/pl/press/press-releases/2016/12/16-mercury-pollution>

12. Realizacja świadczeń w szkolnych gabinetach stomatologicznych, w ramach zakontraktowanych świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, ogranicza dostępność świadczeń stomatologicznych uczniów, którzy osiągnęli pełnoletność. W szkołach ponadgimnazjalnych stanowili oni znaczną grupę uczniów (ok. 50% osób z klas drugich i 100% z klas trzecich). [str. 25]

13. Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że ze świadczeń ogólnostomatologicznych, finansowanych ze środków publicznych, korzysta stosunkowo niewielka grupa, tj. 13–18% populacji dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia. Wyniki Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej z 2016 r., przeprowadzonego w ramach programu polityki zdrowotnej „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016–2020” wskazują, że 77% pięcioletków, 89% siedmiolatków i 85% dwunastolatków ma próchnicę. [str. 26–31]

14. Najwyższa Izba Kontroli zwróciła również uwagę na kwestie dotyczące stosowania standardów realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Dotyczyły one:

- 1) profilaktycznych świadczeń stomatologicznych, określonych w załączniku nr 10 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Na terenie województwa lubelskiego profilaktyczne świadczenia stomatologiczne, wykonywane m.in. w 6, 7, 10, 12, 13, 16 roku życia, stanowiły 2% wartości zrealizowanych świadczeń dla dzieci i młodzieży. Lekarze dentyści wykonywali w ograniczonym zakresie ww. świadczenia stomatologiczne, które obejmowały ocenę stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy dla zębów mlecznych i stałych (puw/PUW), ocenę stanu tkanek przyzębia przez oznaczenie głębokości kieszonek dziąsłowych, utraty przyczepu łącznotkankowego oraz wskaźnika krwawienia, kwalifikację do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego, wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu. Lekarze dentyści nie wykonywali tych świadczeń m.in. z powodu trudności w dokumentowaniu i rozliczaniu oraz wybierania – według ich opinii – najkorzystniejszych świadczeń dla pacjentów w ramach zakontraktowanej liczby punktów. W ocenie dyrektora LOW NFZ niski poziom realizacji profilaktycznych świadczeń stomatologicznych, wykonywanych w określonym wieku, wynikał z faktu, że rozliczanie sprawiało problemy i trudności z powodu braku standardów ich realizacji oraz wątpliwości dotyczących zasad postępowania i rozumienia zakresu udzielanego świadczenia (w szczególności dotyczyło to realizacji profilaktyki fluorkowej);
- 2) braku określenia procedur (schematów postępowania, opartych na aktualnej wiedzy medycznej i stanowiących ważne wskazówki w codziennej praktyce lekarskiej) wykonywania i rozliczania świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych. Według dyrektora LOW NFZ, ustalenie standardów medycznych w leczeniu stomatologicznym, wpłynęłoby na jakość i prawidłowość udzielanych świadczeń. Na przykład w procedurze lakierowania zębów ¼ łuku zębowego przy braku wyznaczenia standardów nie ma możliwości potwierdzenia, czy świadczenie zostało wykonane rzetelnie. W większości przypadków powyższa procedura wykonywana była na zębach z próchnicą, powtarzana co trzy miesiące bez jakiegokolwiek leczenia tych zębów. Brak ustalonych procedur wpływał na realizację i dokumentowanie wykonanych świadczeń przez kontrolowane podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne. Świadczeniodawcy natomiast mieli problemy z określeniem liczby łuków zębowych, w których lakierowano zęby stałe, a także z prawidłowym opisem świadczenia o nazwie „badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej”.

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

W związku z ustaleniami kontroli Najwyższa Izba Kontroli uznaje za niezbędne podjęcie następujących działań przez Ministra Zdrowia:

- 1) zintensyfikowanie działań w celu rozpowszechnienia wiedzy o możliwości korzystania z bezpłatnej profilaktyki oraz leczenia stomatologicznego dzieci i młodzieży;
- 2) opracowanie minimalnego pakietu świadczeń stomatologicznych, wykonywanych obowiązkowo każdemu uczniowi w ramach opieki stomatologicznej finansowanej ze środków NFZ, który obejmowałby wykonywane w określonych odstępach czasowych m.in. badanie lekarskie jamy ustnej z instruktażem higieny, lakierowanie zębów, uszczelnianie bruzd zębowych lakiem szczelinowym;
- 3) rozszerzenie granicy wieku do 19–20 lat w przypadku świadczeń skierowanych do dzieci i młodzieży, w celu objęcia opieką stomatologiczną wszystkich uczniów korzystających z usług szkolnych gabinetów stomatologicznych;
- 4) mając na uwadze poprawę funkcjonowania opieki stomatologicznej sprawowanej nad dziećmi i młodzieżą, konieczne jest podjęcie przez Ministra Zdrowia działań w celu zmiany rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego poprzez:
 - a) wprowadzenie zapisów umożliwiających stosowanie, w ramach świadczeń dla dzieci i młodzieży, materiałów światłoutwardzalnych do wypełniania ubytków we wszystkich zębach;
 - b) wprowadzenie obowiązku udzielania profilaktycznych świadczeń stomatologicznych, wskazanych w załączniku nr 10 do ww. rozporządzenia, każdemu uprawnionemu w określonym wieku.

Ustalenia kontroli upoważniają także NIK do sformułowania wniosku do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o podjęcie działań w celu zwiększenia liczby kontroli świadczeniodawców realizujących świadczenia stomatologiczne w gabinetach szkolnych.

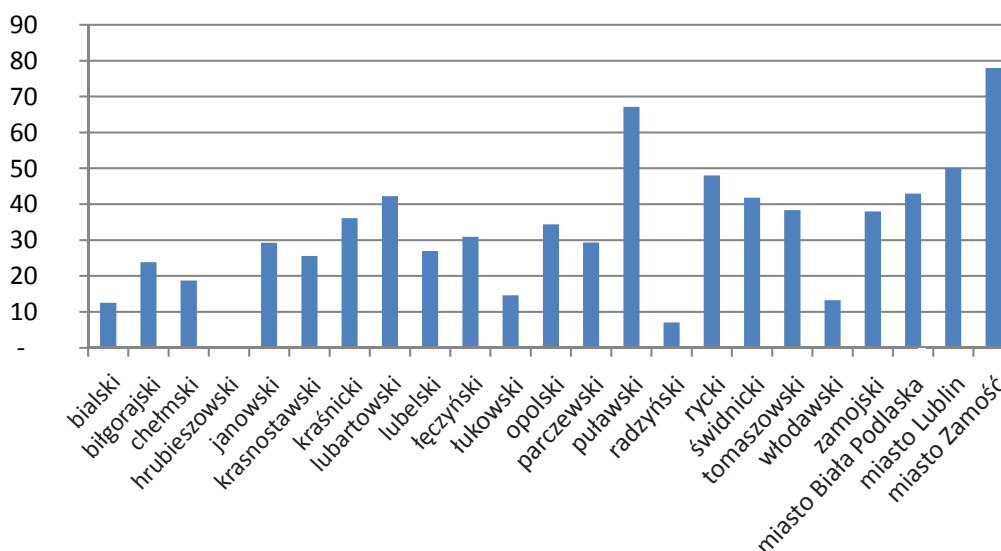
3.1 Realizacja zadań przez LOW NFZ

1. Planowanie potrzeb zdrowotnych na lata 2014–2016 w zakresie zapewnienia dostępności do świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia było dostosowane do zawartych wieloletnich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. LOW NFZ kontraktował świadczenia w 2014 r. i oceniał złożone oferty na podstawie zarządzenia nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne⁶, według którego wszyscy świadczeniodawcy (tj. prowadzący gabinety szkolne i pozostali realizujący opiekę w innych miejscach) byli traktowani na równych zasadach⁷. Przy opracowaniu planu zabezpieczenia świadczeń na 2014 r. wyznaczono 24 obszary kontraktowania, którymi były wszystkie powiaty w województwie lubelskim. W postępowaniu prowadzonym w powiecie hrubieszowskim nie wpłynęła żadna oferta. Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia zostały zabezpieczone w 23 powiatach, a w powiecie hrubieszowskim opieka zdrowotna dla tej grupy była realizowana w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych.

W 2015 r., w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży, średni koszt leczenia jednej osoby wyniósł 40 zł. Analiza wartości świadczeń w poszczególnych obszarach kontraktowania wykazała, że najwyższa wartość świadczeń przypadająca na osobę wystąpiła w Lublinie (78 zł), Zamościu (71 zł) oraz powiecie puławskim (67 zł). Większa dostępność, liczona jako wartość wykonanych świadczeń przypadająca na jedną osobę uprawnioną, wynikała z liczby podmiotów, wykonujących usługi w szkolnych gabinetach stomatologicznych⁸.

Wykres nr 2

Średnia wartość (zł) świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia przypadająca na jedną uprawnioną osobę



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z LOW NFZ.

⁶ NFZ poz. 77. Zarządzenie uchylone z dniem 31 grudnia.

⁷ Oferty z lokalizacją gabinetu stomatologicznego w szkole oraz porozumieniem zawartym z dyrektorem szkoły o objęciu opieką stomatologiczną dzieci tej szkoły, były dopiero dodatkowo oceniane w postępowaniach konkursowych prowadzonych na podstawie zarządzenia nr 94/2014/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielnie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (NFZ poz. 94).

⁸ W Lublinie było to 59 gabinetów, w Puławach – 12, a w Zamościu – 11.

2. LOW NFZ podczas prowadzenia postępowań konkursowych, zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dotyczącym równego traktowania podmiotów biorących udział w postępowaniu, nie uznawał preferencji dla ofert wskazujących, jako miejsce udzielania świadczeń, szkolne gabinety stomatologiczne. W 2014 r. przeprowadzono 25 konkursów ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń w zakresie świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży⁹.

Badanie pięciu postępowań¹⁰ dla zabezpieczenia świadczeń m.in. na terenie Miasta Lublin, powiatu puławskiego, łęczyńskiego i lubartowskiego wykazało, że zostały one przeprowadzone zgodnie z zasadami określonymi w art. 142 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Dyrektor LOW NFZ, zgodnie z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą¹¹, przekazał do Wojewody Lubelskiego wykaz świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży w I półroczu 2016 r. realizowało 149 podmiotów, w tym 93 świadczeniodawców (62,4%) w 164 szkolnych gabinetach stomatologicznych.

3. Przekazywane przez świadczeniodawców, za pośrednictwem portalu SZOI, raporty statystyczne, poddawano procesowi walidacji i weryfikacji. LOW NFZ monitorował jakość świadczeń (spełnianie standardów dotyczących kwalifikacji personelu medycznego oraz warunków lokalowych, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną) w trakcie postępowania konkursowego, a także na etapie realizacji umowy m.in. poprzez czynności kontrolne.

Z powodu braku możliwości określenia pierwotnego stanu jamy ustnej, LOW NFZ nie prowadził analiz skuteczności wydatkowania środków finansowych na profilaktykę stomatologiczną, w tym wpływu tych świadczeń na stan zdrowia dzieci i młodzieży. NFZ podejmował próby wprowadzenia elektronicznego diagramu stanu uzębienia, który byłby sprawdzany w ramach realizacji umowy. Pilotaż zakładał nieobowiązkowe przekazywanie diagramu, a zachętą dla świadczeniodawców miało być dodatkowe finansowanie. Propozycja jednak nie spotkała się z aprobatą stomatologów. Podmioty realizujące świadczenia zgłaszały do LOW NFZ w formie pisemnej przerwy w udzielaniu świadczeń, przewidziane w § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzeń w sprawie OWU z 2008 i 2015 r. Ze względu na znaczną liczbę przerw zgłaszanych przez świadczeniodawców, którzy wykonywali usługi zdrowotne w wielu zakresach, LOW NFZ zgłaszał Centrali NFZ problem braku możliwości technicznych bieżącego nadzoru nad realizacją obowiązku zgłaszania przerw. W 2016 r. wystąpiono z wnioskiem o modyfikację portalu SZOI, polegającą na dodaniu funkcji umożliwiającej wprowadzanie przez świadczeniodawców okresu zawieszenia działalności. Modyfikacja ta miała m.in. na celu bieżącą ocenę wniosku świadczeniodawcy, automatyzację w zakresie weryfikacji harmonogramów personelu, zasilenie danymi o okresach zawieszenia realizacji świadczeń portalu „Gdzie się leczyć?”, możliwość filtracji miejsc posiadających wprowadzone okresy zawieszenia pomiędzy wybranymi datami. Powyższy wniosek, pomimo zatwierdzenia dokonanej analizy modyfikacji, nie został zrealizowany przez Centralę NFZ. Na portalu SZOI zamieszczano komunikaty dotyczące zgłaszania przerw w udzielaniu świadczeń, w których przypomniano świadczeniodawcom o zasadach realizacji umów, w tym o zapisie dotyczącym powiadomienia na piśmie LOW NFZ o planowanej przerwie.

⁹ 24 postępowania dla poszczególnych powiatów oraz jedno postępowanie dla obszaru województwa lubelskiego.

¹⁰ Szczegółowym badaniem objęto 25 ofert świadczeniodawców, złożonych w pięciu postępowaniach.

¹¹ Dz. U. Nr 139, poz. 1133.

W latach 2014–2016 przeprowadzono 19 kontroli podmiotów realizujących świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży, w tym tylko jedną w szkolnym gabinecie stomatologicznym (spośród 164 funkcjonujących na terenie województwa lubelskiego). W 11 przypadkach na kwotę 34 tys. zł została zakwestionowana zasadność przekazania środków finansowych. Dwunastu świadczeniodawcom wymierzono kary umowne na łączną kwotę 14,6 tys. zł. Główne nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli polegały na: niezgodności wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej ze stanem faktycznym (rozliczenie nieprawidłowej krotności udzielonego świadczenia, brak wpisów w dokumentacji medycznej), niezasadnym zakwalifikowaniu wykonanych świadczeń do rozliczenia, brakach w dokumentacji medycznej (np. nieoznaczeniu lekarza dokonującego wpisu, podmiotu udzielającego świadczenia, braku rozpoznania problemu medycznego), braku zgłoszenia przerw w realizacji świadczeń oraz zmian w wykorzystywanych zasobach sprzętowych.

W LOW NFZ w sposób niewystarczający wykonywano, określone w art. 107 ust. 5 pkt 12 lit. b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zadania z zakresu kontroli realizacji umów przez świadczeniodawców prowadzących szkolne gabinety stomatologiczne. Wpływ na liczbę przeprowadzonych kontroli miał potencjał kadrowy Działu Kontroli Świadczeń (17 pracowników) przy znacznej liczbie świadczeniodawców (1.642), z którymi LOW NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3.2 Realizacja zadań przez UM Lublin

1. Miasto Lublin, jako jedyna jednostka samorządu terytorialnego w województwie lubelskim, realizowała program zdrowotny w zakresie profilaktyki próchnicy¹². Zgodnie z założeniami tego Programu, miał on uzupełniać działania finansowane ze środków publicznych, a dzięki jego realizacji dzieci miały nabyć wiedzę dotyczącą właściwych nawyków w zakresie higieny jamy ustnej, umiejętności prawidłowej techniki szczotkowania zębów, a także pozbyć się strachu przed wizytą u stomatologa.

Uczestnikom Programu umożliwiano zakładanie plomb z innych materiałów niż amalgamat, które nie były finansowane w ramach umów z NFZ. W przypadku leczenia zębów kompozytami światłoutwardzalnymi dodawano 40 punktów. Leczenie takie dotyczyło wszystkich zębów, z wyłączeniem przednich zębów górnych i dolnych (od 3+ do +3, od 3– do –3), leczonych tymi materiałami w ramach umów z NFZ. W przypadku osób kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych, które ukończyły 18 rok życia leczenie kompozytami światłoutwardzalnymi mogło być stosowane do wszystkich zębów. Świadczenia finansowane przez UM Lublin obejmowały wszystkich uczniów szkoły, w tym tych którzy nie mogli korzystać z opieki stomatologicznej w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych do ukończenia 18 roku życia, finansowanych przez NFZ.

W ramach ww. Programu część świadczeń (np. badanie lekarskie stomatologiczne, leczenie endodontyczne, całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 i 2 powierzchniach oraz rozległego ubytku zęba na 2 i 3 powierzchniach z zastosowaniem materiałów innych niż światłoutwardzalne) była tożsama z procedurami finansowanymi przez NFZ. Stwarzało to ryzyko podwójnego finansowania tych świadczeń, a także było niezgodne z jego założeniami, według których miał on uzupełniać działania finansowane ze środków publicznych.

¹² „Program profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów uczęszczających do placówek oświatowo-wychowawczych w Lublinie”.

2. Ogłoszenia o prowadzonych konkursach ofert na wybór realizatorów Programu zostały zamieszczone na stronie internetowej BIP UM Lublin, a wybór realizatorów został dokonany w drodze konkursu ofert, przeprowadzonego zgodnie z przepisami art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Konkursy przeprowadziła komisja corocznie powoływana zarządzeniami Prezydenta Miasta Lublin.

Przyjęta przez UM Lublin waga kryterium oceny merytorycznej ofert na wybór realizatorów ww. Programu, dotyczącego przyznawania punktów za zadeklarowaną liczbę godzin udzielania świadczeń stomatologicznych w proponowanym przez oferenta okresie trwania umowy, była nieadekwatna do rzeczywistej liczby godzin realizowanej przez świadczeniodawców. Zaproponowanie przez oferenta dużej liczby godzin, w których będzie realizował Program skutkowało przyznaniem wyższej kwoty dofinansowania, natomiast rzeczywista liczba godzin realizacji Programu w wielu przypadkach była niższa od zadeklarowanej, a w niektórych – niższa od minimalnej wymaganej w konkursie.

Analiza umów, faktur oraz sprawozdań końcowych z realizacji Programu w latach 2014–2016 badanej próby świadczeniodawców wykazała, że rozliczenia dokonywane były prawidłowo, na podstawie wystawionych faktur, w kwotach zgodnych z ilością zrealizowanych i wykazanych w sprawozdaniach świadczeń, do wysokości limitu środków finansowych przyznanych w umowie. Ze świadczeń stomatologicznych, według sprawozdań UM, skorzystało 14–16% uczniów z populacji uczęszczającej do szkół prowadzonych przez Miasto Lublin.

3. UM Lublin nie dokonywał rocznych ani wieloletnich analiz efektów funkcjonowania ww. Programu pod kątem założonych celów, tj. zmniejszenia występowania próchnicy wśród dzieci i młodzieży uczęszczających do placówek oświatowo-wychowawczych na terenie Miasta Lublin, ukształtowania świadomości możliwości korzystania z profilaktyki próchnicy i dbałości o higienę jamy ustnej, zwiększenia dostępności profilaktyki próchnicy, ograniczenie przypadków zaawansowanej próchnicy oraz utraty zębów u dzieci i młodzieży. W treści Programu nie określono sposobu jego monitorowania i ewaluacji. Określono jedynie, że podczas oceny realizacji Programu uwzględnione zostaną następujące wskaźniki: liczba uczniów uczestniczących w Programie w danym roku kalendarzowym, odsetek uczniów i liczba szkół objętych Programem, liczba podmiotów realizujących Program, odsetek wydatkowanych środków finansowych, koszt opieki nad jednym uczniem, liczba udzielonych świadczeń.

UM Lublin nie dokonywał weryfikacji złożonych przez świadczeniodawców sprawozdań z realizacji Programu pod kątem rzetelności wykazanych danych o liczbie osób objętych Programem. Skutkowało to zawyżeniem ogólnej liczby uczniów uczestniczących w Programie w sprawozdaniach UM Lublin z realizacji Programu za lata 2014–2016. W niektórych sprawozdaniach końcowych świadczeniodawcy wykazywali w rubryce: „liczba uczniów przyjętych w ramach programu” sumy z kolumny „liczba osób, którym udzielono świadczeń”. Skutkowało to zawyżaniem danych statystycznych w tym zakresie. Z informacji uzyskanych w toku kontroli od 10 świadczeniodawców wynika, że błędne wskazanie liczby uczniów przyjętych w ramach Programu wynikało z niezrozumienia przez realizatorów, jakie dane powinni podać. Wskazana w sprawozdaniach do UM Lublin liczba uczniów, którym udzielono świadczeń została zawyżona w 2015 r. o 733 uczniów¹³, a w 2016 r. o 564¹⁴.

¹³ W sprawozdaniu podano, że opieką stomatologiczną objęto 6.369 uczniów.

¹⁴ W sprawozdaniu podano, że opieką stomatologiczną objęto 6.997 uczniów.

Przyjęte przez UM Lublin mierniki oceny realizacji Programu były nieadekwatne do określonych celów. Skutkowało to brakiem możliwości oceny, czy podejmowane działania przyczyniły się do zmniejszenia występowania próchnicy wśród dzieci i młodzieży szkolnej oraz uniemożliwiało przeprowadzenie rzetelnej oceny efektów Programu, o której mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

3.3 Prowadzenie profilaktyki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży

1. Realizacja świadczeń stomatologicznych w szkołach stanowi istotny element profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą. Według stanu na koniec I półrocza 2016 r., na terenie województwa lubelskiego 93 świadczeniodawców realizowało usługi w 164 szkolnych gabinetach w ramach zakontraktowanych świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia. Kontrolą objęto 11 świadczeniodawców¹⁵ i 41 prowadzonych przez nich szkolnych gabinetów (25%).

2. Podmioty lecznicze spełniały warunki realizacji świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, dotyczące kwalifikacji personelu i wyposażenia w sprzęt medyczny. W opinii 10 kontrolowanych świadczeniodawców, funkcjonowanie szkolnych gabinetów stomatologicznych miało znaczący wpływ na poprawę stanu zdrowia jamy ustnej uczniów, którzy korzystali z ich usług. Lekarze stomatolodzy analizowali stan zdrowia indywidualnego pacjenta, co zostało udokumentowane w kartach stomatologicznych. Nie sporządzano jednak pisemnych planów postępowania profilaktyczno-leczniczego, ponieważ według lekarzy stomatologów, postępowanie to wynika z indywidualnych potrzeb pacjentów ustalonych na podstawie badań jamy ustnej. Ocenę stanu uzębienia wykonywano wszystkim uczniom, których dokumentacja medyczna została objęta badaniem¹⁶. Według lekarzy, z prowadzonych regularnie badań stomatologicznych wynika, że u dzieci rzadziej pojawiają się nowe ogniska próchnicy, a wykrywana próchnica ma charakter wczesnego stadium rozwoju. Przyczynia się do tego systematycznie prowadzona profesjonalna profilaktyka fluorowa oraz wzrost świadomości prozdrowotnej uczniów i rodziców. Wykonywanie usług w szkolnych gabinetach umożliwia całej populacji dzieci korzystanie ze świadczeń gwarantowanych, a systematycznie prowadzone badanie jamy ustnej pozwala na wczesne wykrywanie ubytków i podjęcie leczenia we wczesnym etapie rozwoju próchnicy. Funkcjonowanie gabinetów w szkołach stanowi również ułatwienie dla rodziców, którzy nie mają czasu na kontrolne wizyty u stomatologów. Z perspektywy czasu, lekarze stomatolodzy widzą poprawę stanu uzębienia dzieci, które opuszczają szkołę z czystymi, zabezpieczonymi i zadbanymi zębami oraz świadomością o konieczności prowadzenia systematycznych badań jamy ustnej i korzystania z profilaktyki.

3. Sprzęt medyczny¹⁷, wykorzystywany przez siedmiu świadczeniodawców do udzielania świadczeń stomatologicznych w 26 gabinetach, podlegał okresowym przeglądom technicznym oraz był sprawny i dopuszczony do użytku. W jednym przypadku¹⁸ stwierdzono brak dokumentacji potwierdzającej prawidłowy stan techniczny części sprzętu medycznego zlokalizowanego

¹⁵ 10 w kontroli planowej oraz 1 w kontroli doraźnej.

¹⁶ Wyniki tej oceny były prezentowane na diagramach zębowych.

¹⁷ Unit stomatologiczny, lampa polimeryzacyjna, skaler, wstrząsarka do amalgamatu oraz endometr.

¹⁸ NZOZ „AK-DENT”. Pełne nazwy świadczeniodawców oraz wykaz kontrolowanych szkolnych gabinetów stomatologicznych zostały wskazane w załączniku nr 4 do informacji o wynikach kontroli.

w czterech gabinetach¹⁹. Świadczeniodawca z Puław²⁰ nie posiadał dokumentacji wykonanych w okresie 2014–2016 (do 13.11.2016 r.) przeglądów, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobów medycznych, a podmiot z Łęcznej²¹ w trzech gabinetach wykonał tylko raz – w październiku 2016 r. – przegląd unitów stomatologicznych, dla pozostałych sprzętów medycznych nie posiadał dokumentów potwierdzających wykonywanie przeglądów, serwisów i napraw. Było to niezgodne z art. 90 ust. 6 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych²², stanowiącym m.in., że świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych napraw, konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu. Ponadto świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację określającą m.in. terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania lub zaleceń podmiotów, które wykonały czynności, określonych w ust. 6 (art. 90 ust. 7 ww. ustawy).

4. Jeden podmiot²³ podał w ofercie, złożonej w postępowaniu konkursowym prowadzonym przez LOW NFZ na udzielanie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia dane niezgodne ze stanem faktycznym. Świadczeniodawca w ofercie wskazał, że zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo w gabinecie stomatologicznym w Szkole Podstawowej Nr 10 w Lublinie, podczas gdy gabinet ten był zlokalizowany na drugim piętrze budynku, w którym nie było windy oraz innego urządzenia technicznego umożliwiającego przemieszczanie się pomiędzy poszczególnymi kondygnacjami budynku. Wykazanie w ofercie braku barier dla osób niepełnosprawnych w dostępie do gabinetu mogło mieć wpływ na ocenę oferty dokonaną w postępowaniu konkursowym przez LOW NFZ, ponieważ przyznawano za to kryterium dodatkowe punkty.

5. Świadczeniodawca²⁴ wykazał w formularzu ofertowym, złożonym w trakcie postępowania konkursowego, aparat rentgenowski, który nie posiadał zgody i zezwolenia Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych. Naruszało to art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe²⁵, według którego zezwolenie na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych oraz uruchamianie pracowni stosujących takie aparaty wydaje państwowy wojewódzki inspektor sanitarny. Według § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzeń w sprawie OWU z 2008 r. i 2015 r., świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające

¹⁹ Zlokalizowanych w Lublinie w: Szkole Podstawowej nr 31, Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 1, Gimnazjum nr 15, Zespole Szkół Ekonomicznych.

²⁰ NZOZ „Centrum Stomatologiczne” w gabinecie zlokalizowanym przy ul. Legionu Puławskiego 8 w Puławach.

²¹ NZOZ „TRI-DENT” w Łęcznej w gabinetach w Szkole Podstawowej nr 2, Gimnazjum nr 1, Zespole Szkół im. Króla Kazimierza Jagiellończyka i Zespole Szkół Górniczych.

²² Dz. U. z 2017 r., poz. 211.

²³ NZOZ „MED COMP LEX” – gabinet zlokalizowany w Szkole Podstawowej nr 10 w Lublinie.

²⁴ NZOZ „Centrum Stomatologiczne” w gabinecie zlokalizowanym przy ul. Legionu Puławskiego 8 w Puławach.

²⁵ Dz. U. z 2017 r., poz. 576.

dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty. Właścicielka NZOZ wyjaśniła, że powodem niezyskania decyzji zezwalającej na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego było niedopatrzenie. W trakcie kontroli NIK właścicielka NZOZ zgłosiła usunięcie aparatu z zasobów sprzętowych, wykorzystywanych do realizacji świadczeń.

6. Wszyscy skontrolowani świadczeniodawcy prowadzili indywidualną dokumentację medyczną uczniów z naruszeniem § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzeń w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej z 2010 r. i 2015 r. oraz art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁶. Dokumentacja ta przede wszystkim, w przypadku gdy pacjentem była osoba małoletnia, nie zawierała nazwiska i imienia (imion) przedstawiciela ustawowego oraz adresu jego miejsca zamieszkania. W kartach stomatologicznych nie zamieszczano także daty urodzenia, oznaczenia płci, adresu pacjenta.

Dokumentacja medyczna prowadzona przez ośmiu świadczeniodawców była prowadzona niezgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzeń i nie zawierała kompletnego oznaczenia podmiotu, np. nie podano nazwy jednostki organizacyjnej (gabinetu stomatologicznego) oraz adresu miejsca realizacji świadczeń, kodu resortowego podmiotu (numeru księgi rejestrowej).

Jeden świadczeniodawca²⁷ nie prowadził zbiorczej dokumentacji medycznej w formie księgi przyjęć, co było niezgodne z § 40 pkt 3 lit. a) rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. oraz § 39 pkt 3 lit. a) rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.

W indywidualnej dokumentacji medycznej dwóch podmiotów²⁸ zrealizowane świadczenia zdrowotne nie zostały oznaczone danymi lekarzy wykonujących zabieg. Naruszało to § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzeń w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. i 2015 r., zgodnie z którym oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych powinno zawierać m.in. imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu i podpis.

7. Pięciu świadczeniodawców²⁹ zgłaszało do LOW NFZ planowane przerwy w udzielaniu świadczeń, ale nie zachowało terminu określonego w § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzeń w sprawie OWU z 2008 r. i 2015 r., zgodnie z którym świadczeniodawca powiadamia na piśmie oddział wojewódzki NFZ o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania. Zgłoszone przerwy obejmowały głównie okres wakacji, a specyfika miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (gabinety zlokalizowane w szkołach) i corocznie ustalany na początku roku szkolnego harmonogram pracy danej szkoły, pozwalał zdaniem Najwyższej Izby Kontroli na zaplanowanie przerw w udzielaniu świadczeń w ww. terminach.

Cztery podmioty³⁰ nie powiadomiły LOW NFZ o planowanych przerwach w udzielaniu świadczeń w szkolnych gabinetach stomatologicznych, co naruszało § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzeń w sprawie OWU z 2008 r. i 2015 r.

²⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

²⁷ NZOZ „TOPMED”, prowadzący szkolne gabinety stomatologiczne w powiecie lubartowskim.

²⁸ NZOZ „PRIMA-MED” w gabinecie prowadzonym w I LO w Puławach (229 wpisów), NZOZ „MED COMP LEX” w gabinecie w SP nr 10 (pięć wpisów), SP nr 25 (jeden wpis).

²⁹ NZOZ „AK-DENT”, NZOZ „AS-DENT”, New Investment s.c., „DENT” s.c., Grupa Praktyka Lekarska „Stomatologia szkolna”.

³⁰ W gabinetach objętych kontrolą w: trzech w NZOZ „PRIMA-MED”, pięciu w NZOZ „MED COMP LEX”, jednym w NZOZ „TRI-DENT”, dwóch w NZOZ „Centrum Stomatologiczne”.

8. Jeden świadczeniodawca³¹ z terenu powiatu lubartowskiego, nie wykazując w sprawozdaniach statystycznych przekazanych do LOW NFZ żadnych wykonanych usług opieki zdrowotnej w okresie wakacji 2015 r. i 2016 r. twierdził, że zapewnił dostęp do świadczeń w tym czasie przez pięć dni w tygodniu. W trzech gabinetach stomatologicznych zlokalizowanych w Zespołach Szkół w Firleju, Kamionce i Michowie, zgodnie z harmonogramem pracy określonym w umowie o realizację świadczeń opieki zdrowotnej, stomatolodzy powinni przyjmować pacjentów po ok. 30 godzin tygodniowo w każdym gabinecie.

Kontrola tego świadczeniodawcy wykazała również, że w ww. gabinetach stomatologicznych przyjmowano pacjentów od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 14⁰⁰, podczas gdy w niektóre dni tygodnia lekarze powinni przyjmować pacjentów do godz. 18⁰⁰. Na przykład w szkołach w Firleju i Kamionce w poniedziałki i środy od 12⁰⁰ do 18⁰⁰, a w Michowie we wtorki i czwartki od 12⁰⁰ do 18⁰⁰. Za przyjmowanie pacjentów w każdym gabinecie dwa razy w tygodniu do 18⁰⁰ świadczeniodawca otrzymał dodatkowe punkty w postępowaniu konkursowym prowadzonym przez LOW NFZ. Realizowanie świadczeń stomatologicznych niezgodnie z określonymi w umowie harmonogramami pracy, w zakresie godzin przyjęć pacjentów, naruszało § 9 ust. 1 załącznika do rozporządzeń w sprawie OWU z 2008 r. i 2015 r.

Ten sam świadczeniodawca nie poinformował LOW NFZ o planowanej przerwie w realizacji świadczeń w okresie od 27 do 30 grudnia 2016 r., co było niezgodne z § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU z 2008 r. i 2015 r.

9. W dwóch kontrolowanych podmiotach³², które nie zgłosiły przerw w realizacji świadczeń, stwierdzono przypadki niewykonywania umowy w sposób systematyczny i ciągły. Świadczenia w czasie wakacji i ferii wykonywano jedynie poprzez wcześniejsze umawianie się na konkretny dzień oraz pełniono dyżury przez wyznaczonych lekarzy i tylko w wybranych gabinetach. Według § 2 pkt 11 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

10. Dokumentacja medyczna prowadzona przez ośmiu świadczeniodawców³³, w sytuacji gdy realizowano świadczenia w zakresie usunięcia złogów nazębnych o łącznej wartości 14,6 tys. zł, nie zawierała informacji na temat problemu zdrowotnego (oznaczenia istnienia złogów), co było niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 5 lit. b) rozporządzeń w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. i 2015 r. Jeden podmiot³⁴ nie udokumentował również przeprowadzonych wyników badań stomatologicznych (świadczeń o wartości 1 tys. zł). U dwóch świadczeniodawców³⁵ w dokumentacji medycznej przy lakierowaniu łuków zębowych (świadczeń o wartości 9 tys. zł) nie podano informacji o krotności ich udzielenia (liczbie lakierowanych łuków zębowych), co naruszało § 10 ust. 1 pkt 5 lit. a) rozporządzeń w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. i 2015 r.

³¹ NZOZ „TOPMED”.

³² NZOZ „MED COMP LEX”, NZOZ „TRI-DENT”.

³³ NZOZ „AK-DENT”, NZOZ „AS-DENT”, NZOZ „PRIMA-MED”, New Investment s.c., NZOZ „MED COMP LEX”, Grupowa Praktyka Lekarska „Stomatologia szkolna”, NZOZ „Centrum Stomatologiczne”, NZOZ „TRI-DENT”.

³⁴ New Investment s.c.

³⁵ NZOZ „PRIMA-MED”, Grupowa Praktyka Lekarska „Stomatologia szkolna”.

11. Regulaminy organizacyjne siedmiu kontrolowanych podmiotów zawierały elementy wskazane w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Trzech świadczeniodawców³⁶ nie posiadało regulaminu organizacyjnego, spełniającego wymagania określone w ww. przepisie.

12. Jeden świadczeniodawca³⁷, po zaprzestaniu od 1 lipca 2014 r. wykonywania działalności w dziewięciu komórkach organizacyjnych, nie zgłosił organowi prowadzącemu rejestr (Wojewodzie Lubelskiemu) zmian w tym zakresie w terminie 14 dni od dnia ich powstania, co było niezgodne z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

13. Jeden podmiot³⁸ udzielał świadczeń 18 pacjentom (23,4% badanej próby) bez zgody przedstawiciela ustawowego na ich wykonanie, naruszając art. 32 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry³⁹, zgodnie z którym lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta, a jeżeli pacjent jest małoletni, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego.

14. U jednego świadczeniodawcy⁴⁰ stwierdzono, że uczniowie mieli wykonywane badania lekarskie jamy ustnej, finansowane z dwóch różnych umów (UM Lublin i LOW NFZ), tego samego dnia lub w krótkich odstępach czasowych. Wyniki analizy rozliczeń świadczeń wykonanych pokazały, że:

- w ośmiu przypadkach badania lekarskie stomatologiczne, obejmujące instruktaż higieny jamy ustnej, zostały przeprowadzone dwa razy tego samego dnia, w 56 – w odstępach od 1 do 10 dni, a w 31 – od 11 do 30 dni;
- w 34 przypadkach tego samego dnia wykonano badanie lekarskie stomatologiczne obejmujące instruktaż higieny jamy ustnej oraz badanie lekarskie kontrolne.

15. Analiza finansowanych przez NFZ procedur opracowania i odbudowy ubytków zębów wykazała, że rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych określa wykaz materiałów stosowanych w leczeniu stomatologicznym (załącznik nr 11) z uwzględnieniem rodzajów zębów (sieczne, kły, przedtrzonowe i trzonowe), ale rodzaj materiału do wypełnień (światłoutwardzalny materiał kompozytowy, cementy glasjonomerowe, amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2) nie miał wpływu na wycenę świadczenia (załącznik nr 2 do ww. rozporządzenia).

Jeden z kontrolowanych świadczeniodawców przeprowadził analizę kosztów poszczególnych materiałów używanych do wypełnienia ubytków. Koszt materiałowy (bez kosztów ogólnych i kosztu pracy lekarza) wypełnienia jednego ubytku wynosił ok. 16 zł dla materiału światłoutwardzalnego i amalgamatu oraz ok. 19 zł – dla glasjonomeru.

Według opinii prof. dr hab. n. med. Doroty Olczak-Kowalczyk konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej⁴¹, wypełnienia wykonane z amalgamatu są skuteczne i materiał ten jest zalecany w stomatologii dziecięcej, jednak zawartość rtęci w amalgamacie niesie za sobą ryzyko negatywnego wpływu na zdrowie człowieka. Według konsultanta, biorąc pod uwagę zalety i wady amalgamatu jako materiału do wypełnień ubytków próchnicowych, rozsądne wydaje się jego stopniowe wycofywanie z praktyk stomatologicznych na rzecz rozpowszechnienia wiedzy o korzyściach płynących ze stosowania zasad stomatologii minimalnie inwazyjnej,

³⁶ NZOZ „TOPMED”, NZOZ „TRI-DENT”, NZOZ „Centrum Stomatologiczne”.

³⁷ Miejski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmie.

³⁸ NZOZ „TRI-DENT”.

³⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 125.

⁴⁰ Grupowa Praktyka Lekarska „Stomatologia szkolna”.

⁴¹ Pismo znak: KK/15/2017 z 4.03.2017 r.

a służyć mają temu zmiany w regulacjach prawnych dotyczących materiałów stomatologicznych stosowanych przy realizacji świadczeń, umożliwiające wykonanie wypełnień w zębach trzonowych i przedtrzonowych np. cementów szkłojonomerowych lub materiałów kompozytowych chemoutwardzalnych.

16. Lekarze realizujący świadczenia w szkolnych gabinetach stomatologicznych, zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, współpracowali z pielęgniarkami szkolnymi, rodzicami i dyrektorami szkół. Stomatolodzy kontaktowali się z pielęgniarkami szkolnymi w bieżącej pracy, w tym przy ustalaniu terminów fluoryzacji, wymianie materiałów edukacyjnych w zakresie profilaktyki próchnicy zębów i higieny jamy ustnej, a także pomagali w ocenie i zabezpieczeniu ewentualnych urazów powstałych w okolicy jamy ustnej.

Współpracowano z dyrekcją szkół i gronem pedagogicznym przy pozyskiwaniu zgód na świadczenia stomatologiczne oraz ustalaniu terminów wizyt w gabinetach. Dyrektorzy szkół potwierdzili, że współpraca z lekarzem stomatologiem przebiegała w sposób prawidłowy.

Współpraca z rodzicami polegała na uzyskiwaniu od nich pisemnych zgód na realizowanie świadczeń, a w razie potrzeby na kontakcie telefonicznym lub osobistym w gabinecie stomatologicznym. Według lekarzy stomatologów, rodzice byli powiadamiani o stanie jamy ustnej bezpośrednio w gabinecie oraz poprzez informację udzielaną uczniom. Nie przekazywano pisemnych informacji ze względu na czasochłonne ich przygotowanie. W przypadku, gdy uczeń posiadał wyłącznie zgodę rodzica na profilaktykę, a stan jamy ustnej wskazywał na konieczność podjęcia leczenia, przekazywano informację bezpośrednio rodzicom lub przez pacjenta. Według dyrektorów szkół, rodzice pozytywnie oceniają opiekę stomatologiczną sprawowaną w szkolnych gabinetach.

Z informacji uzyskanych od 47 przewodniczących Rad Rodziców szkół, w których działały szkolne gabinety stomatologiczne wynika, że nie występowało do dyrektorów szkół, Prezydenta Miasta Lublin oraz Kuratorium Oświaty w Lublinie z wnioskami i opiniami w zakresie prowadzenia przez lekarzy dentystów profilaktycznej opieki zdrowotnej. Rodzice ogólnie byli zadowoleni z lokalizacji gabinetów w szkole i uważali, że stomatolodzy byli dobrymi specjalistami, gabinety były odpowiednio wyposażone w sprzęt medyczny, a uczniowie posiadali dostęp do bezpłatnych usług stomatologicznych (profilaktyki, leczenia).

17. Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia realizowane w szkolnych gabinetach obejmowały ok. 80% populacji uczniów. Z opieki stomatologicznej w szkołach nie korzystali uczniowie, którzy nie posiadali pisemnej zgody rodziców na realizację świadczeń (w tym na profilaktykę i leczenie).

W kontrolowanych podmiotach leczniczych nie sporządzano pisemnych planów postępowania profilaktyczno-leczniczego, ponieważ według lekarzy stomatologów, postępowanie to wynika z indywidualnych potrzeb pacjentów ustalonych na podstawie badań jamy ustnej. Ocenę stanu uzębienia wykonywano wszystkim uczniom, których dokumentacja medyczna została objęta badaniem. Według lekarzy stomatologów, z prowadzonych regularnie badań stomatologicznych wynika, że u dzieci rzadziej pojawiają się nowe ogniska próchnicy. Przyczynia się do tego systematycznie prowadzona profesjonalna profilaktyka fluorowa oraz wzrost świadomości prozdrowotnej uczniów i rodziców.

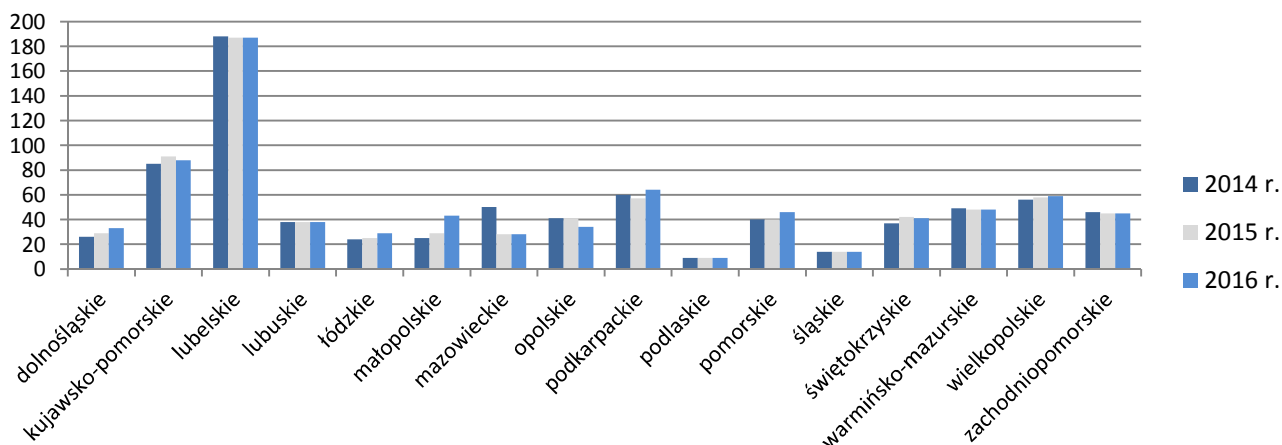
18. Spośród objętych badaniem szkolnych gabinetów stomatologicznych działających w szkołach ponadgimnazjalnych, jeden gabinet funkcjonujący w Zespole Szkół nr 1 w Lublinie posiadał kontrakt w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych, który pozwalał na objęcie opieką wszystkich uczniów. W pozostałych przypadkach świadczeniodawcy, realizujący świadczenia w gabinetach stomatologicznych w szkołach ponadgimnazjalnych, nie posiadali umowy na realizację świadczeń ogólnostomatologicznych i z tego powodu nie mogli objąć opieką pacjentów powyżej 18 roku życia. Na przykład w gabinecie prowadzonym przez „NZOZ TRIDENT” nie objęto opieką stomatologiczną uczniów powyżej 18 roku życia, którzy stanowili w 2014 r. – 48% uczniów szkół ponadgimnazjalnych, w 2015 r. – 58%, w 2016 r. – 36%, a w dwóch gabinetach New Investment s.c. uczniowie powyżej 18 roku życia stanowili 51–52% (w Zespole Szkół Plastycznych) i 70–72% (w Zespole Szkół Transportowo-Komunikacyjnych) uczniów uczęszczających do tych szkół.

4.1 Realizacja świadczeń dla dzieci i młodzieży w województwie lubelskim w porównaniu do pozostałych województw

1. W 2016 r. na terenie kraju funkcjonowało 806 szkolnych gabinetów⁴². Najwięcej szkolnych gabinetów było w województwie lubelskim (187, tj. 23% wszystkich w kraju), a najmniej w podlaskim (9).

Wykres nr 3

Liczba szkolnych gabinetów stomatologicznych

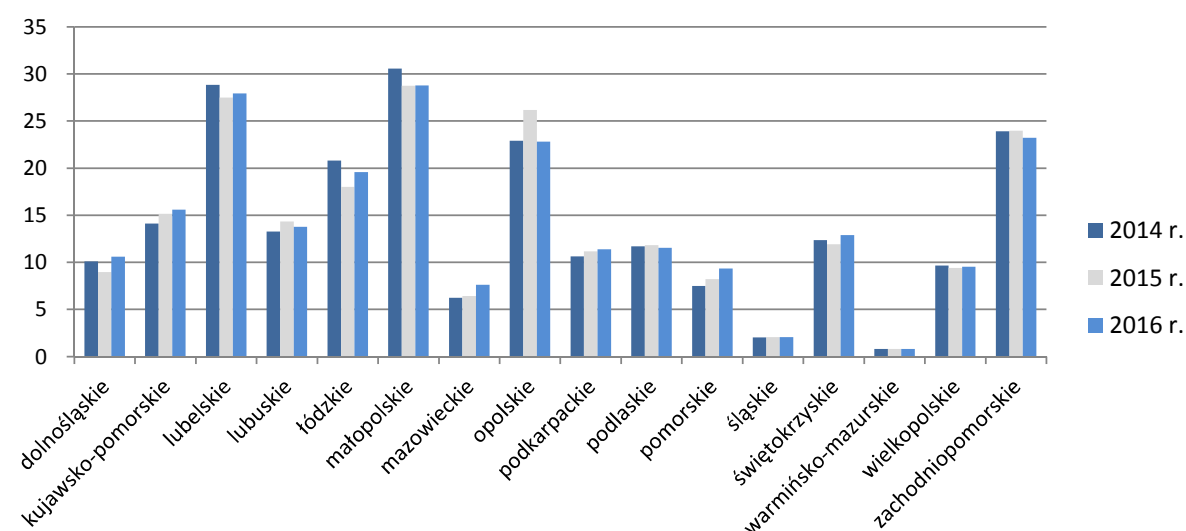


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

2. W latach 2014–2016, w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, 13–18% uprawnionych korzystało ze świadczeń, w tym w 2016 r. 29% mieszkańców województwa małopolskiego, 28% lubelskiego, 23% opolskiego, a tylko 1% warmińsko-mazurskiego i 2% śląskiego.

Wykres nr 4

Odsetek osób uprawnionych korzystających ze świadczeń gwarantowanych w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia



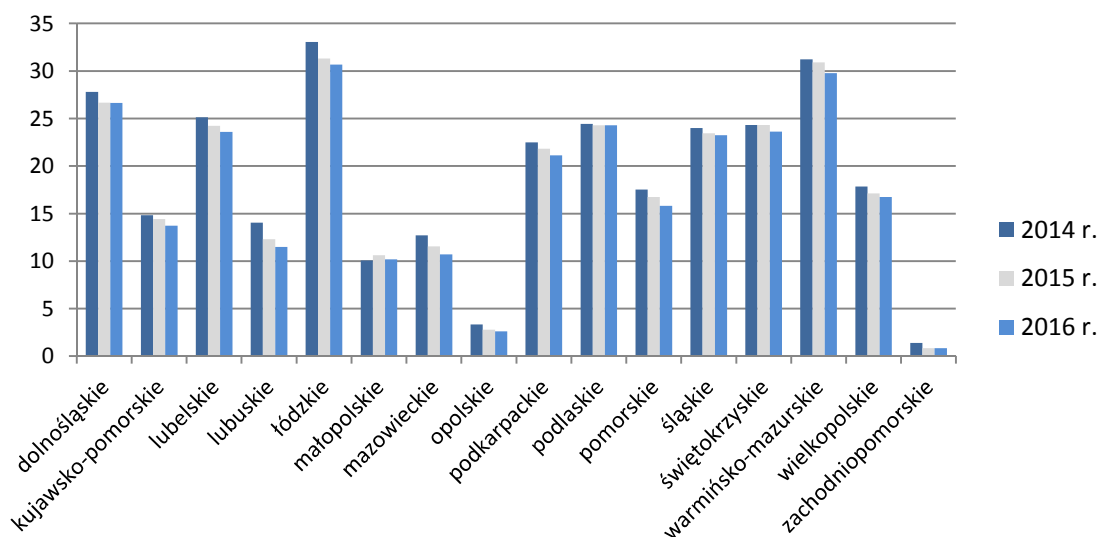
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

⁴² Tj. 560 w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia i 246 w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych.

Natomiast w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych (kierowanych do całej populacji) około 17–18% dzieci i młodzieży skorzystało z usług opieki zdrowotnej zakontraktowanych przez NFZ, w tym w 2016 r. 31% mieszkańców w województwie łódzkim, 30% w warmińsko-mazurskim, 27% w dolnośląskim i 24% w lubelskim, a tylko 1% w zachodniopomorskim i 3% w opolskim.

Wykres nr 5

Odsetek osób uprawnionych korzystających ze świadczeń gwarantowanych w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych

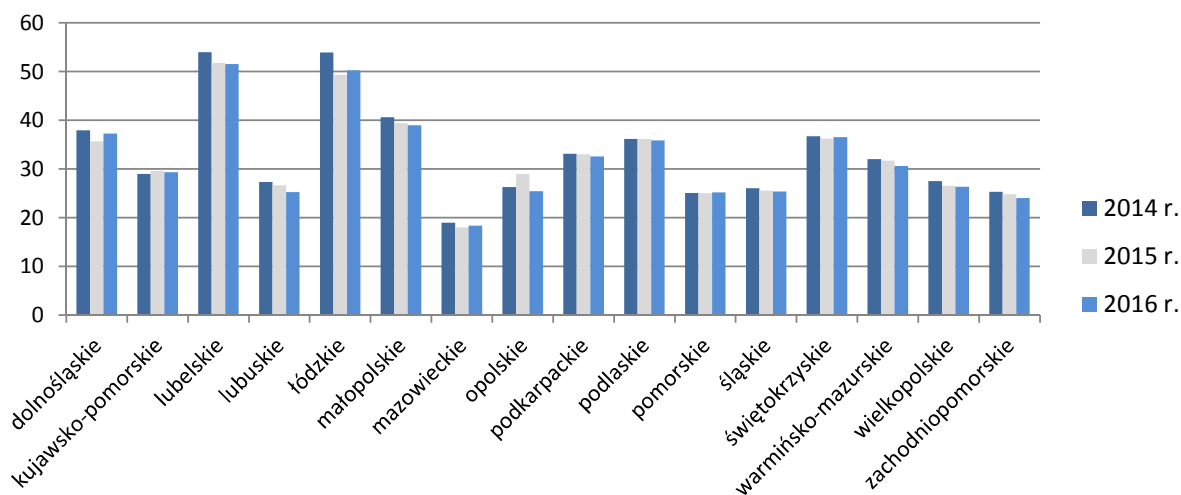


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

W wyniku zsumowania liczby uprawnionych dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, która skorzystała ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych w ramach dwóch zakresów zakontraktowanych świadczeń (tj. ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz ogólnostomatologicznych), w latach 2014–2016 średnio 30–31% populacji dzieci i młodzieży odwiedziło lekarza stomatologa⁴³, który podpisał kontrakt z NFZ. W 2016 r. najwięcej osób było w województwie lubelskim (52%) i łódzkim (50%), a najmniej w mazowieckim (18%) i zachodniopomorskim (24%).

Wykres nr 6

Odsetek osób uprawnionych korzystających ze świadczeń gwarantowanych



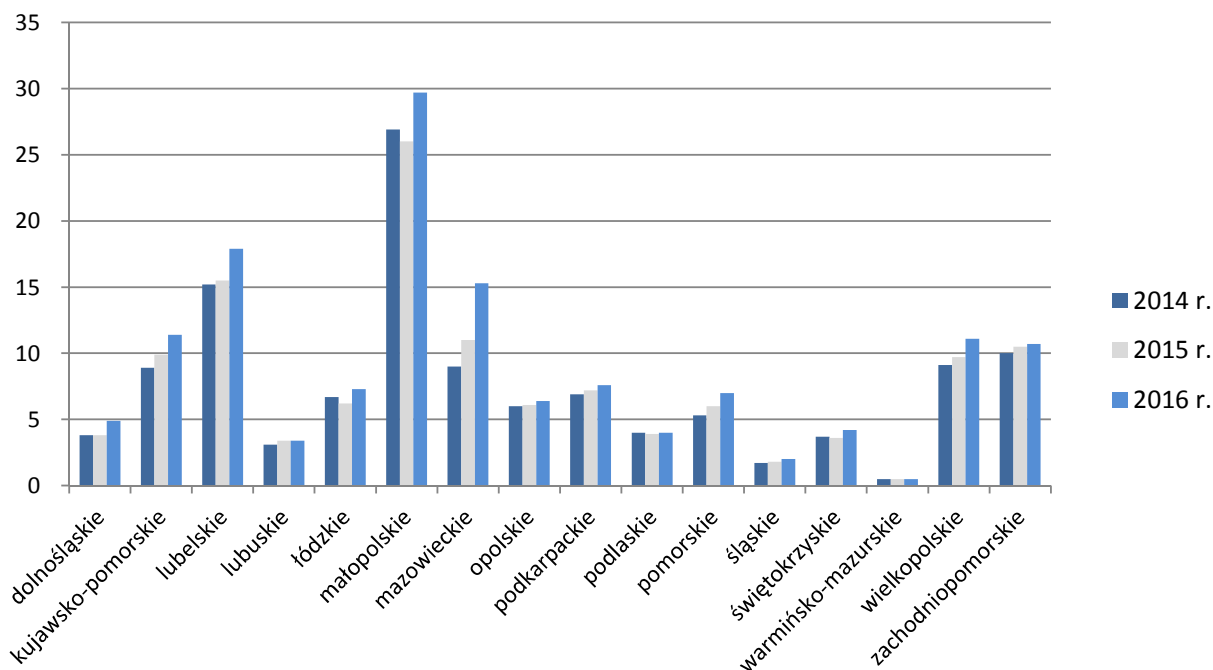
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

⁴³ W tej grupie populacji mogą powtarzać się osoby, które skorzystały w danym roku z dwóch zakresów świadczeń.

3. W latach 2014–2016 zrealizowano świadczenia dla dzieci i młodzieży o wartości 832 mln zł⁴⁴, z tego 389,3 mln zł w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia⁴⁵ (46,8%) i 442,7 mln zł w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych⁴⁶ (53,2%).

Wykres nr 7

Wartość (mln zł) świadczeń zrealizowanych dla dzieci i młodzieży w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

4. W latach 2014–2016 zrealizowano ogółem 498 tys. profilaktycznych świadczeń stomatologicznych (26,9 mln zł), określonych w załączniku nr 10 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, w tym w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, udzielono ich 306,5 tys. (16,6 mln zł). Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne w każdym roku objęły ok. 2,5 % populacji dzieci i młodzieży oraz 12,5% osób, które skorzystały ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Struktura realizowanych świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia wskazuje, że w latach 2014–2016 środki finansowe NFZ zostały wykorzystane na leczenie stomatologiczne (67,7%), profilaktykę stomatologiczną⁴⁷ (28%) i profilaktyczne świadczenia stomatologiczne wymienione w załączniku nr 10 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych (4,3%).

⁴⁴ W 2014 r. – 268,7 mln zł, 2015 r. – 270,1 mln zł, 2016 r. – 293,2 mln zł.

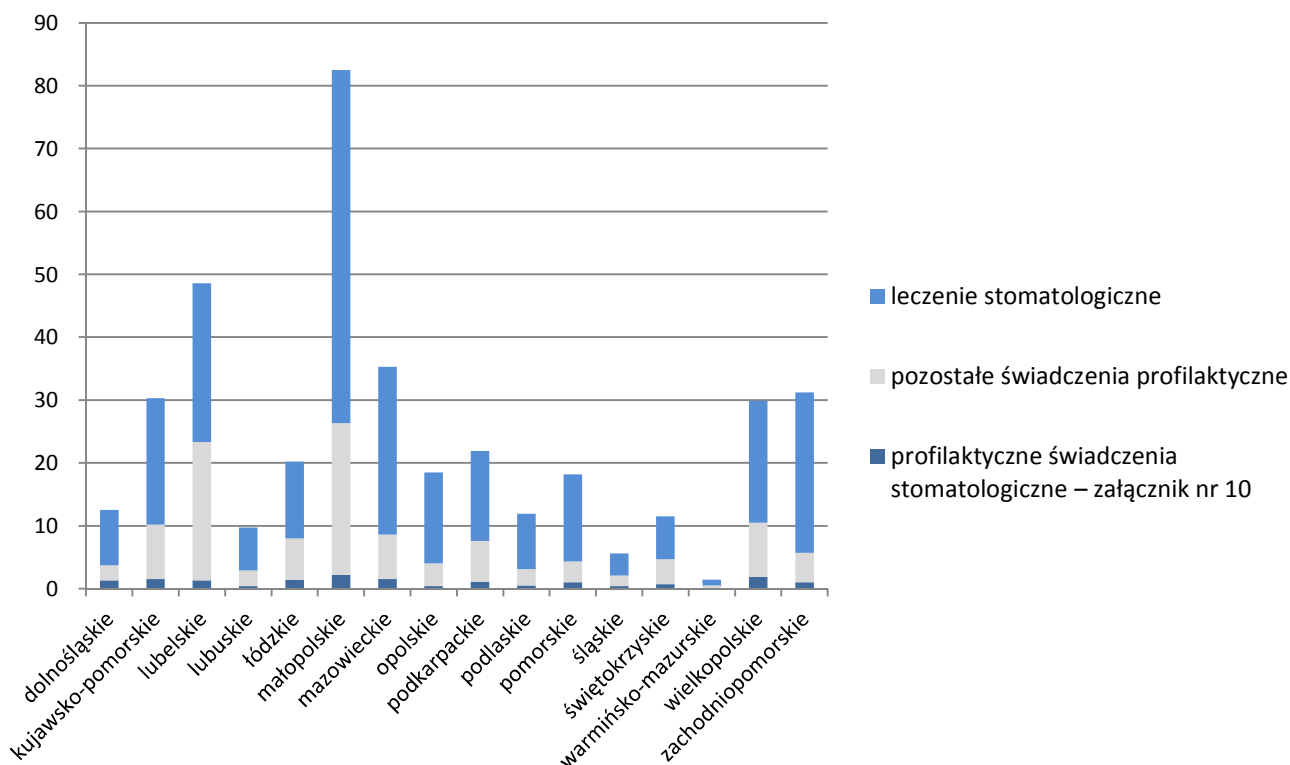
⁴⁵ W 2014 r. – 120,8 mln zł, 2015 r. – 125,1 mln zł, 2016 r. – 143,4 mln zł.

⁴⁶ W 2014 r. – 147,9 mln zł, 2015 r. – 145 mln zł, 2016 r. – 149,8 mln zł.

⁴⁷ Badanie lekarskie stomatologiczne obejmujące instruktaż higieny jamy ustnej, badanie lekarskie kontrolne, zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym, lakierowanie zębów.

Wykres nr 8

Wartość (mln zł) świadczeń zrealizowanych dla dzieci i młodzieży w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

4.2 Wyniki Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej

1. Od 1997 r. Ministerstwo Zdrowia monitoruje stan zdrowia jamy ustnej mieszkańców kraju. Realizowane w ostatnich latach programy polityki zdrowotnej „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015”, „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016–2020” mają zasięg ogólnopolski i stanowią źródło informacji o stanie zdrowia jamy ustnej dzieci i dorosłych.

Oceniono stan uzębienia, w tym próchnicy, erozji i uszkodzeń pourazowych zębów, stan przyzębia, potrzeby profilaktyczno-lecznicze z uwzględnieniem konieczności pilnej interwencji stomatologicznej, obecność uzupełnień protetycznych. Badaniem objęto dzieci i młodzież z powiatu łączyńskiego (województwo lubelskie), kłodzkiego i ząbkowickiego (województwo dolnośląskie), tarnowskiego (województwo małopolskie) i ostrowskiego (województwo mazowieckie).

Uzyskane wyniki badań stomatologicznych wyrażono m.in. przy użyciu wskaźników epidemiologicznych: puwz (dla zębów mlecznych), PUWZ (dla zębów stałych)⁴⁸, leczenia zachowawczego zębów⁴⁹.

⁴⁸ Wskaźnik puwz/PUWZ wyraża się sumą pz/PZ (średnia liczba zębów z ubytkami próchnicowymi lub zębów z wypełnieniami z próchnicą, uz/UZ (średnia liczba zębów usuniętych z powodu próchnicy) i uz/UZ (średnia liczba zębów z wypełnieniami bez próchnicy). Maksymalne wartości wskaźnika: 20 dla uzębienia mlecznego i 28 dla stałego.

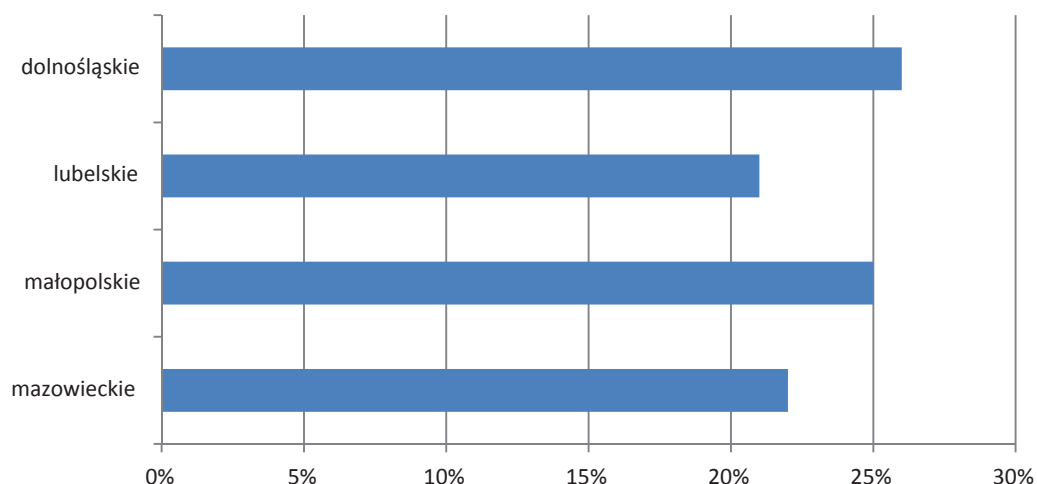
⁴⁹ Wskaźnik leczenia zachowawczego zębów (leczenia próchnicy) stanowi stosunek liczby zębów wypełnionych (wz/WZ) do sumy zębów z próchnicą i wypełnionych (pz/PZ + wz/WZ). Maksymalna wartość wskaźnika wynosi 1.

2. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w 2016 r. wykazały, że:

- choroba próchnicowa (puwz/PUWZ >0) występowała u 77% badanych dzieci w wieku 5 lat, odsetek dzieci wolnych od próchnicy zębów wyniósł 23% i zwiększył się o trzy punkty procentowe w stosunku do 2011 r. (20%);

Wykres nr 9

Odsetek dzieci pięcioletnich wolnych od próchnicy (puwz/PUWZ=0) w 2016 r.



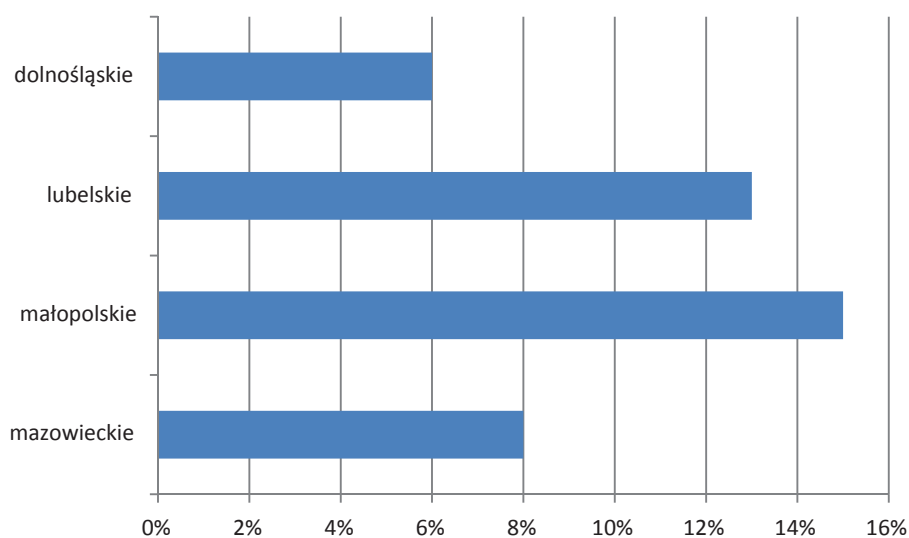
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z dokumentu „Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej w wieku 5, 7 i 12 lat w 2016 r.”

- próchnicę zębów stałych stwierdzono u 6% dzieci pięcioletnich posiadających co najmniej jeden wyróżniony ząb stały;
- ciężką postać próchnicy wczesnego dzieciństwa stwierdzono u 49% badanych dzieci w wieku 5 lat.

W populacji dzieci w wieku 7 lat choroba próchnicowa (puwz/PUWZ >0) występowała u 89% badanych osób (w tym próchnicę zębów mlecznych stwierdzono u 88,5%, a zębów stałych – 29%), a odsetek dzieci wolnych od próchnicy zębów wyniósł 11% i pozostawał na podobnym poziomie od 2011 r.

Wykres nr 10

Odsetek dzieci siedmioletnich wolnych od próchnicy (puwz/PUWZ=0) w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z dokumentu „Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej w wieku 5, 7 i 12 lat w 2016 r.”

Dodatkowo wyniki badania wskazywały, że:

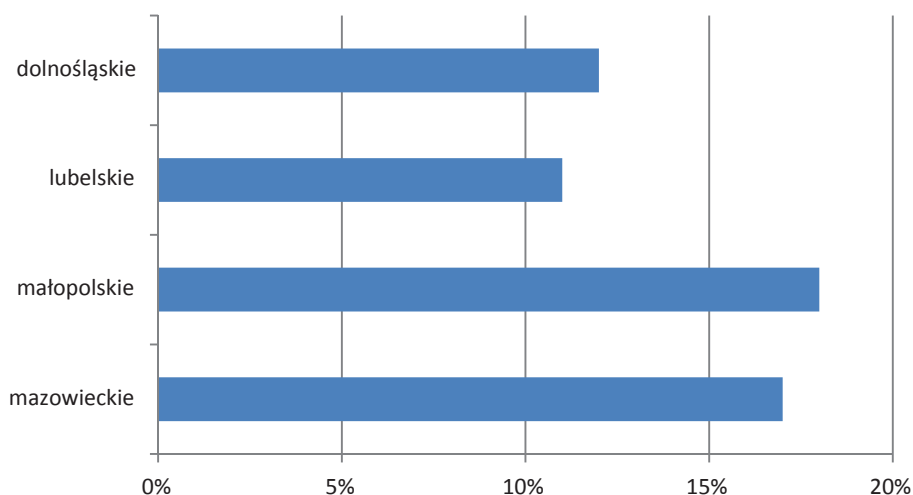
- wskaźnik puwz u dzieci w wieku 7 lat przyjął średnią wartość 5,6, najlepszy wynik (najniższy wskaźnik) osiągnął w województwie lubelskim (5,3), najwyższy był w województwie mazowieckim (6,1);
- wskaźnik PUWZ w badanej populacji osiągnął średnią wartość 0,6, najniższy był w województwie lubelskim (0,3), a najwyższy w mazowieckim (0,9);
- wskaźnik leczenia zachowawczego zębów mlecznych wyniósł 0,18, najniższy był w województwie lubelskim (0,15), a najwyższy w mazowieckim (0,23);
- wskaźnik leczenia zachowawczego zębów stałych odnotowano na poziomie 0,33, najniższy był w województwie dolnośląskim (0,14), a najwyższy w małopolskim (0,41).

W populacji dzieci w wieku 12 lat choroba próchnicowa (puwz/PUWZ >0) występowała u 85% badanych osób, odsetek dzieci wolnych od próchnicy zębów wyniósł 15%. Dodatkowo wyniki badania wskazywały, że:

- wskaźnik PUWZ w badanej populacji osiągnął średnią wartość 3,8 (poziom próchnicy w ww. województwach był podobny);
- wskaźnik leczenia zachowawczego zębów wyniósł 0,48 (tj. mniej niż połowa zębów stałych z próchnicą była leczona zachowawczo), w tym najniższy był w województwie dolnośląskim (0,33), a najwyższy w lubelskim (0,62).

Wykres nr 11

Odsetek dzieci dwunastoletnich wolnych od próchnicy (puwz/PUWZ=0) w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z dokumentu „Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej w wieku 5, 7 i 12 lat w 2016 roku”.

Wyniki przeprowadzonych badań socjomedycznych wykazały m.in., że rodzice pięcioletków i siedmiolatków popełniają błędy w zakresie sposobu żywienia dziecka, stosują nieprawidłowe praktyki higieniczne, nie zgłaszają się na wizyty kontrolne do gabinetów stomatologicznych. Według lekarzy prowadzących badania, niezbędne jest wprowadzenie motywującego wywiadu z rodzicem dziecka, którego celem jest zainicjowanie zmiany w sposobie odżywiania dziecka, a także rozpowszechnianie wiedzy dotyczącej zagadnień związanych ze zdrowiem jamy ustnej, która determinuje właściwe zachowania prozdrowotne. Niezbędne jest również podjęcie działań edukacyjnych wśród mieszkańców wsi, ponieważ próchnica częściej występuje wśród mieszkańców terenów wiejskich (m.in. potwierdza to badanie stanu zdrowia dwunastoletków).

3. „Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej w wieku 5, 7 i 12 lat w 2016 roku” zawiera analizę porównawczą stanu zdrowia jamy ustnej dzieci w kraju i na świecie, według której:

1) Występowanie próchnicy wczesnego dzieciństwa jest zróżnicowane i w poszczególnych krajach waha się od 21 % (Szwecja) i 25% (Szwajcaria), przez 30–70% (Anglia – 31%, Szkocja – 32%, Grecja – 36%, Hiszpania – 37%, Północna Irlandia – 40%, Niemcy 46%, USA – 47%, Łotwa – 50%, Czechy – 58%, Włochy – 63%, Chiny – 66%, Turcja – 70%), do 84–88% (Litwa, Ukraina, Rumunia).

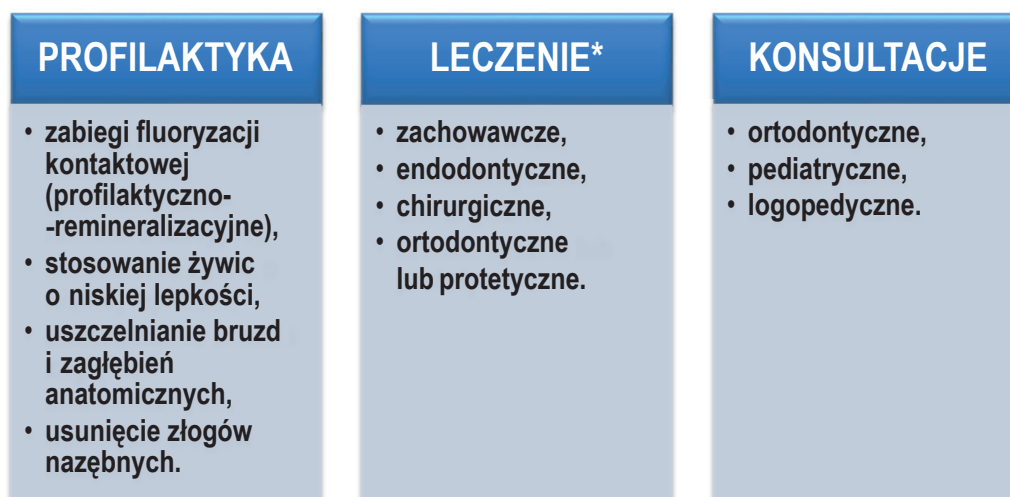
2) Porównanie stanu uzębienia dzieci 12-letnich w Polsce z wynikami badań w innych krajach wskazuje na wysoką frekwencję i intensywność choroby próchnicowej. W wielu krajach próchnica występuje u poniżej połowy populacji, np. w Niemczech – 19%, Danii – 22%, Szkocji – 27%, Anglii – 32%, Szwecji – 35%, Włoszech – 36%, Szwajcarii – 37%, Hiszpanii – 45%, Portugalii i Grecji – 47%. Powyżej połowy populacji objętej próchnicą występuje np. w Norwegii – 60%, Francji – 61%, Czechach – 71%, Ukrainie – 72%, Finlandii – 74%, Litwie – 86%, Słowacji – 88%.

4.3 Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej

Według prof. dr hab. n. med. Doroty Olczak-Kowalczyk⁵⁰, konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej, stan zdrowia uzębienia dzieci jest niezadawalający, powinny być podjęte wszelkie działania w celu jego poprawy i wprowadzenia jasnych regulacji prawnych dotyczących wykonywania zabiegów profilaktycznych i leczniczych u pacjentów niepełnoletnich bez obecności opiekuna. Nie stworzono standardów postępowania i sprawowania opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą. Istnieją zasady postępowania, jakie powinny być przestrzegane przez lekarza dentystę podejmującego się takiej opieki, tj. w kompleksowym planie leczenia należy uwzględnić niżej wymienione elementy:

Rysunek nr 1

Elementy, które powinny być uwzględnione w kompleksowym planie leczenia



* Określając potrzeby lecznicze dziecka, powinno się przypisać wybranemu stanowi zęba stosowne leczenie w postaci: wypełnienia/odbudowy, zastosowania właściwej procedury terapii miazgi lub ekstrakcji zęba, a także podjąć leczenie ortodontyczne lub protetyczne – zależnie od wieku dziecka, wady zgryzu, utraconych zębów wyniku próchnicy/urazów lub wrodzonych braków zębowych.

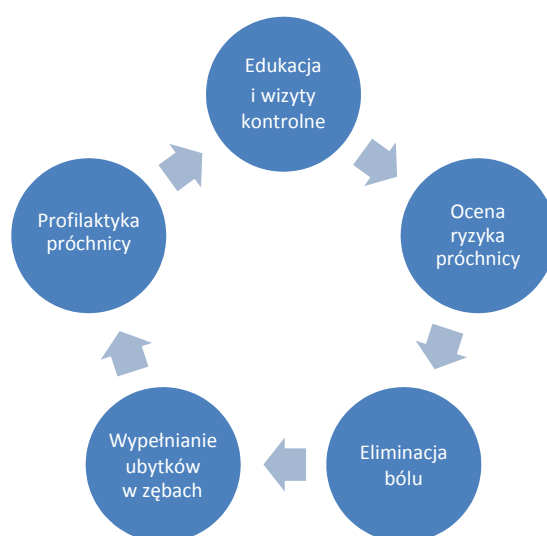
Źródło: Opracowanie własne na podstawie zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

⁵⁰ Pismo znak: KK/15/2017 z 4.03.2017 r.

Określenie rodzaju czynników sprzyjających rozwojowi próchnicy i ochronnych oraz poziomu ryzyka choroby próchnicowej pozwala na opracowanie planu postępowania stomatologicznego, obejmującego zabiegi wykonywane profesjonalnie i w domu przez pacjenta. Planowanie opieki nad dzieckiem wymaga jednak uwzględnienia specyficznych czynników, które wpływają na skuteczność postępowania stomatologicznego. Według konsultanta krajowego, plan postępowania będzie ulegał zmianom w zależności od wieku dziecka, rodzaju uzębienia (mlecznego, stałego), rozwoju procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz pojawiania się nowych problemów (w tym zmiany aktywności próchnicy).

Rysunek nr 2

Elementy, które powinny być uwzględnione przy leczeniu choroby próchnicowej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

Ważnym elementem zapobiegania próchnicy jest edukacja i kształtowanie postawy prozdrowotnej, w tym:

- propagowanie możliwości korzystania przez dzieci ze stomatologicznych świadczeń profilaktycznych, które są realizowane w niewielkim stopniu,
- tworzenie i realizacja programów edukacyjnych dla dzieci i rodziców,
- prowadzenie edukacji bezpośredniej w gabinetach stomatologicznych.

Według konsultanta krajowego:

- aplikacja lakierów fluorkowych powinna być wykonywana w przypadku wysokiego ryzyka próchnicy co 3 miesiące w odniesieniu do zębów mlecznych i stałych – obecnie w ramach świadczeń gwarantowanych istnieje możliwość lakierowania zębów stałych,
- ważne jest lakowanie bruzd zębów drugich trzonowych stałych u nastolatków – obecnie ze środków publicznych finansowane jest tylko lakowanie bruzd zębów szóstych do ósmego roku życia.

Rysunek nr 3
Filary profilaktyki



Źródło: Opracowanie własne na podstawie zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

4.4 Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej „AOTMiT”) zajmowała się problematyką materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń.

W 2013 r. Minister Zdrowia⁵¹ zwrócił się do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych o opinię dotyczącą odejścia od określenia stosowanych materiałów stomatologicznych przy udzielaniu świadczeń, wymienionych w załączniku nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego⁵², w tym dodatkowo wyszczególnionych materiałów dla dzieci i młodzieży.

Według punktu 2 ww. załącznika nr 12, przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia stosowano dodatkowo materiały stomatologiczne:

- światłoutwardzalny materiał kompozytowy do wypełniania ubytków w zębach siecznych i kłach w szczęcie i zuchwie,
- laki szczelinowe,
- lakiery,
- cement chirurgiczny jako opatrunek przy zabiegach w obrębie przyzębia.

Do wypełnienia ubytków w pozostałych zębach (poza siecznymi i kłami) stosowano:

- cementy glasjonomerowe;
- kompozytowy materiał chemoutwardzalny do wypełniania ubytków w zębach przednich górnych i dolnych (od 3+ do +3, od 3– do – 3);
- amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2.

W ocenie Ministra Zdrowia należało odejść od określenia materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych i pozostawić wybór materiału do decyzji lekarza udzielającego świadczeń. Według Ministra Zdrowia, usunięcie wykazu tych materiałów nie spowoduje wzrostu kosztów udzielanych świadczeń, gdyż rodzaj materiału nie wpływa na rozliczenie świadczenia i wycenę procedury. W opinii NFZ, odejście od określenia wykazu materiałów spowoduje wzrost kosztów udzielanych świadczeń o ok. 420 mln zł.

⁵¹ Pismo z 15.07.2015 r. znak MZ-OZG-400-31887-7/ES/13.

⁵² Dz. U. Nr 140, poz. 144 ze zm.

Rada Przejrzystości⁵³ 29 lipca 2013 r. wydała negatywną opinię Nr 239/2013 w sprawie odejścia od określenia materiałów stosowanych przy udzielaniu świadczeń dla świadczeniobiorców, określonych w załączniku nr 12. W uzasadnieniu podano, że odejście od określenia materiałów stomatologicznych przy udzielaniu świadczeń spowodowałoby znaczącą zmianę w sposobie ich realizacji (brak możliwości pobierania opłat od pacjentów), a decyzja w tej sprawie powinna zostać podjęta na podstawie analizy pełnych danych, w tym po oszacowaniu skutków finansowych wynikających z tych zmian. Opinia Rady Przejrzystości dotyczyła wyłącznie punktu 1 załącznika nr 12 „Materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych dla wszystkich świadczeniobiorców” i nie odniesiono się do punktu 2 „Materiały stomatologiczne stosowane dodatkowo przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia”, w którym uwzględniono możliwość stosowania materiałów światłoutwardzalnych.

Dyrektor Wydziału Taryfikacji w AOTMiT w piśmie⁵⁴ z 17 marca 2017 r. wskazał, że punkt pierwszy załącznika nr 12 odnosił się do wszystkich świadczeniobiorców, a tym samym też m.in. do dzieci i młodzieży, a brak listy wskazującej materiały stomatologiczne objęte refundacją spowodowałby, że w całej populacji leczonych możliwe byłoby stosowanie wszystkich dostępnych materiałów. Zdaniem Dyrektora, Minister Zdrowia zwrócił się do Agencji Oceny Technologii Medycznej o opinię dotyczącą tylko punktu 1 załącznika nr 12.

Prezes NFZ w piśmie⁵⁵ z 21 sierpnia 2013 r., skierowanym do Prezesa Agencji Technologii Medycznych wskazał, że „70% wypełnień wykonywanych będzie z użyciem materiałów światłoutwardzalnych, których koszt jest ok. 100% wyższy niż obecnie wykonywane wypełnienia amalgamatowe, a koszt wypełnień stomatologicznych wykonanych w 2012 r. wyniósł ok. 600 mln zł, należy stwierdzić, że koszt udzielania tych świadczeń może skutkować wzrostem o kwotę ok. 420 mln zł (tj. o ok. 23% środków przeznaczonych w planie finansowym na finansowanie świadczeń stomatologicznych)”.

Z informacji⁵⁶ uzyskanych w 2017 r. od Zastępcy Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wynika, że NFZ w 2013 r. nie dysponował danymi odnośnie kosztów wypełnień przy użyciu amalgamatu i materiału światłoutwardzalnego.

4.5 Działalność Rzecznika Praw Dziecka

Problematyką stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży zajmował się Rzecznik Praw Dziecka, który wystąpił w 2015 r. do Prezesa Rady Ministrów⁵⁷ i wskazał, że dotychczasowe działania podejmowane na rzecz poprawy stanu zdrowia jamy ustnej były mało skuteczne i nieadekwatne do diagnozy i skali problemu. Rzecznik Praw Dziecka przedstawił propozycje zmian, m.in. w zakresie wypracowania metod motywowania stomatologów do podejmowania pracy z dziećmi oraz wpisania określonych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do koszyka świadczeń zdrowotnych i realnej ich wyceny. Ponadto podkreślił znaczenie działalności samorządów terytorialnych na rzecz poprawy stanu uzębienia dzieci i młodzieży, w tym działań profilaktycznych w oparciu o istniejące w szkołach gabinety stomatologiczne.

⁵³ Działająca przy Prezesie AOTMiT, pełni funkcję opiniodawczo-doradczą.

⁵⁴ Pismo znak: BP.0710.6.2017.JTM.

⁵⁵ Pismo znak: NZF/CF/DSOZ/2013/076/1049/W/22878/KM.

⁵⁶ Pismo znak: DSOZ.401.477.2017.

⁵⁷ Pismo z 30.06.2015 r. znak: ZSS.422.25.2015.EK.

Rzecznik Praw Dziecka 7 stycznia 2016 r. wystąpił do Ministra Zdrowia w sprawie konieczności stworzenia „Strategii Walki z Próchnicą wśród Dzieci”. W odpowiedzi⁵⁸ Sekretarz Stanu (z upoważnienia Ministra Zdrowia) poinformował, że w Ministerstwie trwają aktualnie prace dotyczące powrotu gabinetów stomatologicznych do szkół, są zbierane dane dotyczące zabezpieczenia potrzeb stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w zakresie profilaktyki i leczenia. Wyniki tej analizy posłużą do opracowania strategii, jaką należy przyjąć w celu wypracowania optymalnego modelu, dotyczącego organizacji profilaktycznej i leczniczej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, objętymi obowiązkiem szkolnym i nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do czasu ich ukończenia.

Sekretarz Stanu poinformował, że dzieci i młodzież traktowane są jako grupa szczególnej troski i ze względu na specyficzne potrzeby zdrowotne, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych, przyznano im prawo do bezpłatnych dodatkowych świadczeń zdrowotnych, indywidualnie ukierunkowanych profesjonalnych zabiegów profilaktycznych (lakierowanie i lakowanie zębów stałych). Według Sekretarza, w załączniku nr 10 do ww. rozporządzenia podano wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych do ukończenia 19 roku życia, które są przypisane poszczególnym okresom życia dziecka i służą ocenie stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy, ocenie stanu tkanek przyzębia oraz ocenie stanu morfologicznego i funkcji narządu żucia.

⁵⁸ Pismo z 21.01.2016 r. znak MD-L.073.1.2016.

1. W doborze jednostek do kontroli planowej uwzględniono podmioty wykonujące zadania w zakresie świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych (LOW NFZ i UM Lublin) oraz 10 niepublicznych podmiotów realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w szkolnych gabinetach stomatologicznych. Wyboru jednostek (świadczeniodawców) dokonano na podstawie analizy wysokości kwot zawartych kontraktów z LOW NFZ i liczby miejsc realizacji świadczeń w szkołach.

2. W niniejszej informacji wykorzystano wyniki kontroli doraźnej rozpoznawczej nr R/16/004 *Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim*, przeprowadzonej przez Delegaturę NIK w Lublinie w jednej jednostce (publicznym zakładzie opieki zdrowotnej realizującym świadczenia dla dzieci i młodzieży w szkolnych gabinetach stomatologicznych).

3. Podczas kontroli u świadczeniodawców – na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK – uzyskano informacje od 48 dyrektorów szkół, na terenie których funkcjonowały gabinety stomatologiczne, a także od 47 przewodniczących rad rodziców. W trakcie kontroli prowadzonej w UM Lublin pozyskano informacje od 10 świadczeniodawców.

4. Na podstawie art. 53 ust. 6 ustawy o NIK, skierowano wystąpienia pokontrolne do kierowników wszystkich jednostek kontrolowanych. Zastrzeżenia do wystąpienia zgłosiła właścicielka NZOZ „Centrum Stomatologiczne”. Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej NIK oddalił w całości dziewięć zastrzeżeń i uwzględnił w części trzy zastrzeżenia dotyczące pojedynczych zapisów w treści wystąpienia pokontrolnego.

5. W wystąpieniach pokontrolnych sformułowano ogółem 48 wniosków pokontrolnych do kierowników 13 skontrolowanych jednostek. Z informacji o ich realizacji wynika, że kierownicy kontrolowanych jednostek wykonali wszystkie wnioski pokontrolne.

Do Prezydenta Miasta Lublin wnioskowano o:

- dokonywanie rzetelnych analiz sprawozdań przedkładanych przez realizatorów programu polityki zdrowotnej w celu zapewnienia uzyskania prawidłowych danych statystycznych z jego realizacji;
- określenie w programie polityki zdrowotnej mierników w sposób pozwalający na ocenę jego efektów, zgodnie z założonymi celami.

Do Dyrektora LOW NFZ zwrócono się z wnioskiem o podjęcie działań w celu zwiększenia liczby kontroli świadczeniodawców realizujących świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży w szkolnych gabinetach stomatologicznych.

Do świadczeniodawców wnioskowano m.in. o:

- terminowe informowanie LOW NFZ o planowanych przerwach w realizacji świadczeń;
- stosowanie w indywidualnej dokumentacji medycznej kompletnych, wymaganych oznaczeń świadczeniodawcy i pacjenta;
- dokonywanie w dokumentacji kompletnych opisów udzielonych świadczeń;
- zamieszczanie w dokumentacji medycznej informacji o problemie zdrowotnym w przypadku rozliczenia procedury usuwania złogów nazębnych;
- prowadzenie dokumentacji potwierdzającej prawidłowy stan techniczny sprzętu medycznego, który jest wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- wykazywanie w ofertach składanych w postępowaniach konkursowych danych zgodnych ze stanem faktycznym;

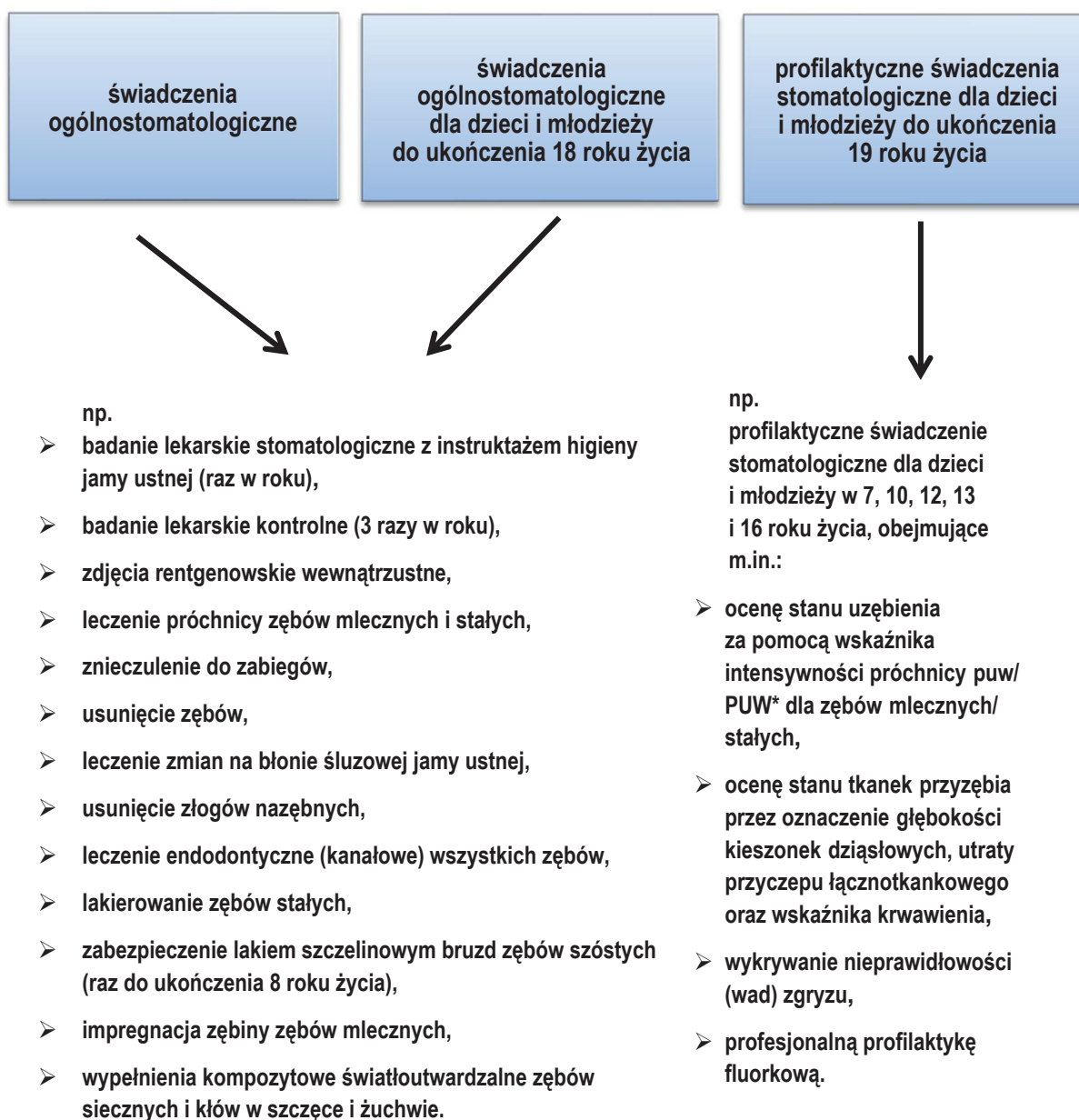
- realizowanie świadczeń w szkolnych gabinetach stomatologicznych zgodnie z harmonogramem ustalonym w umowie z LOW NFZ;
- prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej (księgi przyjęć pacjentów);
- realizację świadczeń dla pacjentów do 18 roku życia po uzyskaniu zgody przedstawiciela ustawowego na ich wykonanie;
- bieżące aktualizowanie danych o sprzęcie medycznym przeznaczonym do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- dokonanie aktualizacji wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą poprzez wykreślenie komórek organizacyjnych, w których zaprzestano realizacji świadczeń stomatologicznych.

Profilaktyka i leczenie próchnicy

1. W ramach stomatologicznych świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych, dzieci i młodzież mogą korzystać ze świadczeń w zakresie profilaktyki i leczenia próchnicy. Pacjent, który chce skorzystać z porady dentysty w tym zakresie, ma prawo wyboru dowolnej placówki lub lekarza stomatologa na terenie całego kraju, udzielających świadczeń na podstawie umowy z NFZ, w tym m.in. zlokalizowanej na terenie szkoły. Skierowanie do stomatologa nie jest wymagane. Dzieciom i młodzieży przysługują m.in. świadczenia, realizowane w ramach trzech zakresów.

Rysunek nr 4

Zakresy świadczeń finansowanych ze środków publicznych



* Wskaźnik intensywności próchnicy puw/PUW – suma zębów z próchnicą usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

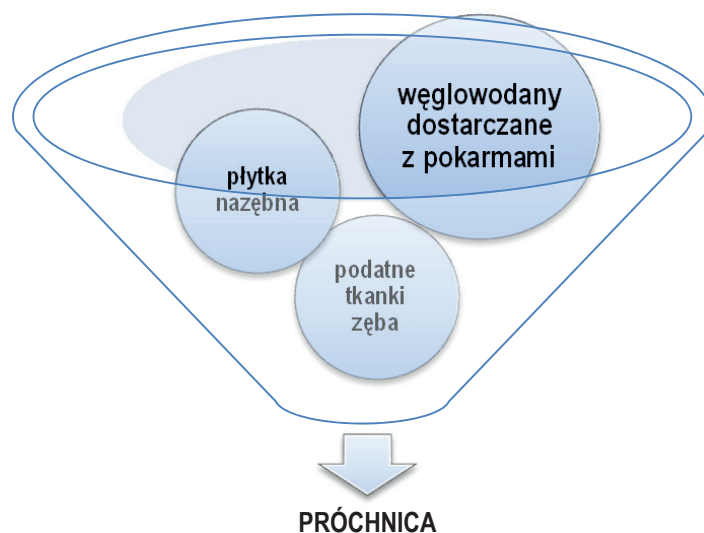
Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika nr 1, 2 i 10 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

2. Próchnica (łac. caries dentium) to choroba polegająca na demineralizacji i rozpadzie twardych tkanek zęba. W powstałym ubytku dochodzi do zakażenia miazgi zęba. Wyróżnia się próchnicę szkliwa, zębiny oraz korzenia. Istnieje kilka przyczyn powstawania próchnicy zębów, przy czym muszą wystąpić wszystkie, aby choroba w pełni się rozwinęła. Należą do nich bakterie płytki nazębnej, cukry obecne w jamie ustnej, wrażliwość zęba na obecność szkodliwych substancji i bakterii oraz przedłużające się w czasie oddziaływanie tych czynników⁵⁹.

Próchnica ze względu na intensywność jej występowania oraz koszty leczenia zaliczana jest do chorób społecznych⁶⁰. Dolegliwości spowodowane zaawansowanym procesem choroby oraz możliwość wystąpienia powikłań powodują, że próchnica wpływa na jakość życia niezależnie od wieku pacjentów. Próchnica zębów jest chorobą wieloprzyczynową spowodowaną obecnością trzech czynników, które muszą ze sobą współistnieć i oddziaływać na tkanki zęba przez pewien okres czasu.

Rysunek nr 5

Czynniki mające wpływ na rozwój próchnicy.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowania u dzieci i młodzieży w Polsce” (2016 r.).

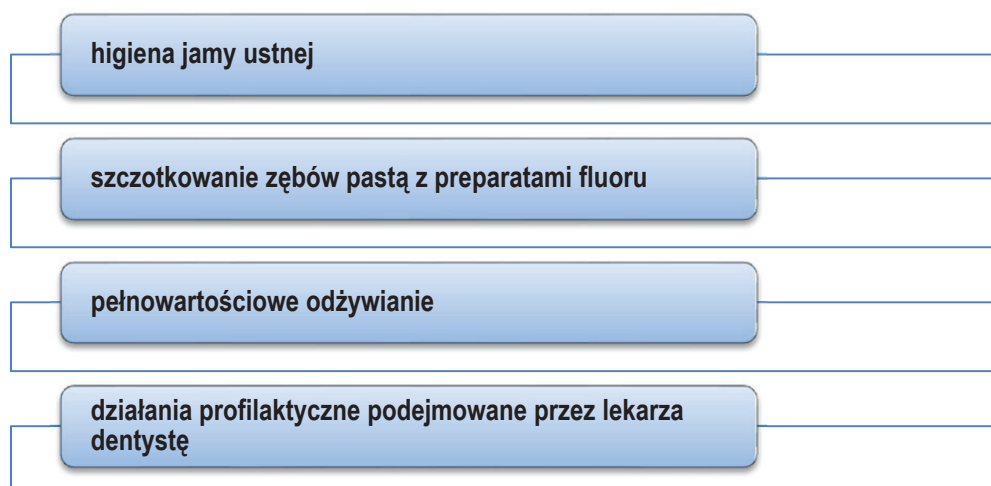
Bakterie znajdujące się w płytce nazębnej w obecności węglowodanów powodują ich fermentację, w wyniku tego procesu powstają kwasy powodujące demineralizację szkliwa. W warunkach fizjologicznych demineralizacji towarzyszy remineralizacja i procesy są w równowadze. Próchnica to efekt końcowy obu procesów, trwających przez pewien okres czasu, w których przeważa demineralizacja. Dochodzi do utraty substancji mineralnych i powstaje ubytek próchnicowy, który wymaga podjęcia leczenia. **Do czasu powstania ubytku proces chorobowy jest odwracalny.** Istotną rolę na tym etapie odgrywa profilaktyka stomatologiczna i promocja zdrowia, ponieważ dalszy rozwój choroby zależy od warunków socjoekonomicznych, wiedzy dotyczącej zapobiegania próchnicy i zachowań prozdrowotnych.

⁵⁹ Źródło: www.slownikmedyczny.edu.pl.

⁶⁰ Prof. dr hab. Teresa Bachanek (Uniwersytet Medyczny w Lublinie) „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowania u dzieci i młodzieży w Polsce” (2016 r.).

Rysunek nr 6

Czynniki wspomagające proces remineralizacji zębów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowania u dzieci i młodzieży w Polsce” (2016 r.).

3. W ramach świadczeń gwarantowanych do wypełnień ubytków wykorzystuje się materiały⁶¹:

Amalgamat stomatologiczny materiał jest połączeniem rtęci ze stopami innych metali (srebra, kadmu, cyny, miedzi), plomby amalgamatowe jeszcze stosunkowo niedawno były powszechnie stosowane, z racji ich mało estetycznego wyglądu (srebrny kolor) używane były do wypełnień ubytków występujących w zębach trzonowych;

Kompozyty żywice kompozytowe to materiały utrwalające się pod wpływem światła z zastosowaniem lampy polimeryzacyjnej, ich kolorystyka jest dopasowana do koloru zębów pacjenta, stosowane są w wypełnianiu ubytków zębów przednich, a od czasu zdecydowanego wyparcia amalgamatów również w zębach trzonowych, plomby kompozytowe dzielą się na chemoutwardzalne i światłoutwardzalne;

Glasjonomerowe cementy zwykle stosowane do wypełnień niewielkich ubytków w zębach mlecznych lub odbudowy szyjek zębowych, dobrze wiążą się z zębiną i szkliwem, ale są dosyć łatwo ścieralne i trudno się polerują, są koloru białego i dlatego też trudno je dopasować do naturalnego koloru zęba.

⁶¹ Źródło definicji materiałów używanych do wypełnień ubytków: www.dentysta.eu.

Analiza stanu prawnego dotyczącego kontrolowanej działalności

1. Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁶², każdy ma prawo do ochrony zdrowia i niezależnie od sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶³ w art. 1 pkt 1–3 określony został zakres i warunki udzielania świadczeń medycznych oraz zasady i tryb ich finansowania ze środków publicznych, a także zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do tych świadczeń, tj. 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 6 pkt 1–4 ww. ustawy).

W myśl przepisów ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty⁶⁴, zakładanie i prowadzenie szkół podstawowych i gimnazjów należy do zadań własnych gmin, szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych oraz podstawowych i gimnazjów specjalnych – do zadań powiatów, szkół o charakterze regionalnym i placówek o charakterze ponadregionalnym – do zadań samorządu województwa (art. 5 ust. 5, 5a i 6).

Organy prowadzące szkoły publiczne są zobowiązane do zapewnienia warunków sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami (art. 67 ust. 1 pkt 4 ww. ustawy) w ramach podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ⁶⁵. Organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą⁶⁶.

Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Świadczeniobiorcom przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu m.in. leczenia stomatologicznego (art. 15 ust. 2 pkt 7 ww. ustawy).

Według art. 27 ust.1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19 roku życia.

2. Zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych reguluje ustawa o działalności leczniczej⁶⁷, która określa m.in. zasady: wykonywania działalności leczniczej i funkcjonowania podmiotów wykonujących tę działalność, prowadzenia rejestru tych podmiotów, sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

⁶² Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.

⁶³ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

⁶⁴ Dz. U. z 2016 r., poz. 1943, ze zm.

⁶⁵ Por. art. 27 ust. 1 pkt 4 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁶⁶ Dz. U. Nr 139, poz. 1133.

⁶⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.

Podmiotami leczniczymi są m.in. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej⁶⁸ i samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, (art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 ww. ustawy). Określone ustawą prawa i obowiązki podmiotu leczniczego dotyczą wyłącznie wykonywanej przez ten podmiot działalności leczniczej i są wykonywane przez kierownika tego podmiotu, chyba że ustawa stanowi inaczej (art. 4 ust. 2). Według art. 5 ww. ustawy, lekarze mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Działalność lecznicza lekarzy może być wykonywana w formie m.in: jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska. Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego (art. 5 ust. 3).

Podmiot wykonujący działalność leczniczą (np. przedsiębiorca, lekarz) podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy (art. 14 ust. 1). Zgodnie z art. 100 ust. 1 ww. ustawy, podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr (województwie właściwemu dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego – w odniesieniu do podmiotów leczniczych, okręgowej radzie lekarskiej właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza – w odniesieniu do tych praktyk), wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Według art. 107 ust. 1 ww. ustawy, podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności (art. 107 ust. 2). W przypadku praktyk zawodowych lekarzy uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje właściwa okręgowa rada lekarska (art. 107 ust. 3).

3. Podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są właściwi ministrowie lub NFZ (art. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Do zakresu działania NFZ, zgodnie z art. 97 ust. 3 ww. ustawy, należy m.in.:

określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem (Oddziałem Wojewódzkim NFZ), z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 (art. 132 ust. 1 ww. ustawy). Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w dziale VI ustawy (art. 132 ust. 2 ww. ustawy).

⁶⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 1829, ze zm.

Prezes Funduszu określa: przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert, warunki wymagane od świadczeniodawców, po uprzednim zasięgnięciu opinii właściwych konsultantów krajowych (art. 146–148 ww. ustawy).

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu w sprawie OWU⁶⁹. Zgodnie z § 14, NFZ jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie. Świadczeniodawca jest zobowiązany do realizacji umowy zgodnie z ogólnymi warunkami umów.

Umowa określa warunki realizacji świadczeń, zasady ich finansowania, rozliczania i sprawozdawczości. Do umowy sporządzane są załączniki: nr 1 – Plan rzeczowo-finansowy; nr 2 – Harmonogram-zasoby; nr 3 – Wykaz podwykonawców; nr 4 – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego. Świadczeniodawca jest zobowiązany udzielać świadczeń zgodnie z wymogami określonymi w ww. załącznikach.

Świadczenia wskazywane do rozliczenia wykonuje się zgodnie z harmonogramem ich udzielania. Wartość punktowa odpowiadająca poszczególnym świadczeniom określona została w załączniku nr 1 do zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne: nr 77/2013/DSOZ z dnia 12 grudnia 2013 r.⁷⁰, nr 94/2014/DSOZ z dnia 23 grudnia 2014 r.⁷¹ i w załączniku nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 57/2016/DSOZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne⁷².

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie profilaktycznej opieki zdrowotnej określa zasady prowadzenia opieki nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia. Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem sprawuje lekarz dentysta (§ 3 ust. 1 pkt 2). Zgodnie z § 5 ww. rozporządzenia, lekarz dentysta współpracuje w szczególności z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką/ higienistką szkolną, opiekunami prawnymi lub faktycznymi ucznia, dyrektorem szkoły.

Według § 11 ww. rozporządzenia, NFZ po zawarciu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania, przekazuje do właściwego wojewody następujące dane: nazwę i adres świadczeniodawcy, miejsce udzielania uczniom profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej, liczbę uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną przez świadczeniodawców.

5. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej zostały uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej. W okresie objętym kontrolą obowiązywały dwa akty prawne w tym zakresie: rozporządzenie z dnia 21 grudnia 2010 r.⁷³ (obowiązujące do 22 grudnia 2015 r.) oraz rozporządzenie z dnia 9 listopada 2015 r.⁷⁴

⁶⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) oraz z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484), uchylone z dniem 1.01.2016 r.

⁷⁰ NFZ poz. 77 – uchylone z dniem 31 grudnia 2014 r.

⁷¹ NFZ poz. 94, ze zm. – obowiązujące do dnia 30 czerwca 2016 r.

⁷² NFZ poz. 57 – obowiązujące od dnia 1 lipca 2016 r.

⁷³ Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.

⁷⁴ Dz. U. poz. 2069.

Zgodnie z § 2 ust. 1 ww. rozporządzeń, dokumentację stanowi dokumentacja indywidualna (odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych) oraz dokumentacja zbiorcza (odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych).

Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowi m.in. historia zdrowia i choroby (§ 2 ust. 3 ww. rozporządzeń). Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, każdą stronę wydruku oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty. Zgodnie z § 8 ww. rozporządzeń, w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷⁵.

Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera oznaczenie podmiotu, numer kolejny wpisu, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, datę dokonania wpisu oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych (§ 11 ww. rozporządzeń). Księga przyjęć, opatrzona numerem księgi, zawiera: oznaczenie podmiotu, numer kolejny wpisu, datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta, imię i nazwisko, numer PESEL, oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego, imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu⁷⁶.

Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził. Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki. Zasady te zostały określone w rozdziale 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. oraz rozdziale 7 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego⁷⁷ określa warunki realizacji świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia (załącznik nr 2). Wykaz ten zawiera 52 świadczenia gwarantowane,

⁷⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 186.

⁷⁶ Paragraf 44 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2010 r. oraz § 43 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.

⁷⁷ Dz. U. z 2017 r. poz. 193.

w tym m.in. badanie lekarskie stomatologiczne obejmujące instruktaż higieny jamy ustnej (świadczony jeden raz w roku kalendarzowym), badanie lekarskie kontrolne (trzy razy w roku kalendarzowym), konsultację specjalistyczną, badanie żywotności zęba, rentgenodiagnostykę do dwóch zdjęć wewnątrzustnych, znieczulenie, leczenie próchnicy powierzchniowej, usunięcie zęba, leczenie endodontyczne, usunięcie złogów nazębnych, lakierowanie zębów, impregnację zębiny.

Warunki wymagane do udzielania świadczeń to:

- 1) personel – lekarz dentysta lub lekarz dentysta w trakcie specjalizacji w dziedzinie stomatologii dziecięcej;
- 2) sprzęt i wyposażenie (w miejscu udzielania świadczeń) – stanowisko stomatologiczne (fotel, przystawka turbinowa, mikrosilnik, lampa bezcieniowa) lub unit stomatologiczny, lampa polimeryzacyjna, skaler, wstrząsarka do amalgamatu.

Wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia zawiera załącznik nr 10. Szczegółowym badaniem objęto świadczenia dla dzieci w 7, 10, 12, 13 i 16 roku życia, w ramach których wykonuje się m.in. ocenę stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności puw dla zębów mlecznych i/lub PUW⁷⁸ dla zębów stałych oraz profilaktykę fluorkową. Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne obejmuje także:

- oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika puw/PUW,
- kwalifikację do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego,
- wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu.

7. Kontraktowanie świadczeń dla dzieci i młodzieży było przeprowadzone na podstawie zarządzenia nr 77/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne⁷⁹. W ramach świadczeń stomatologicznych wyodrębniono grupy świadczeń gwarantowanych, w tym świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne, wymienione w załączniku nr 10 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, udzielane są w ramach ww. grupy (§ 12 ust. 1 ww. zarządzenia). W sytuacji udzielania profilaktycznych świadczeń stomatologicznych nie dopuszcza się równoczesnego rozliczenia innych świadczeń stomatologicznych wyszczególnionych w załączniku nr 1 do zarządzenia (§ 12 ust. 2 ww. zarządzenia).

Katalog zakresów i świadczeń w rodzaju świadczenia stomatologiczne został ujęty w załączniku nr 1 do ww. zarządzenia, w tym: kod świadczenia według rozporządzenia Ministra Zdrowia (Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9-CM), kod świadczenia według NFZ, warunki realizacji świadczeń, wartość punktowa świadczeń, kod zakresu świadczeń.

W załączniku nr 3b do ww. zarządzenia wskazano warunki realizacji świadczeń wymagane zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz warunki realizacji świadczeń dodatkowo oceniane, którymi były:

- w zakresie personelu: 1) lekarz dentysta ze specjalizacją 1 stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej, chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej, 2) lekarz dentysta specjalista

⁷⁸ Wskaźnik intensywności próchnicy puw/PUW – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

⁷⁹ NFZ poz. 77 – uchylone z dniem 31 grudnia 2014 r.

- w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, w dziedzinie stomatologii dziecięcej lub chirurgii stomatologicznej lub lekarz dentysta posiadający specjalizację 2 stopnia w tych dziedzinach, 3) pozostały personel (wskazany w § 2 ust. 1 pkt 9) – min. 50% czasu pracy poradni;
- w zakresie sprzętu i wyposażenia: 1) endometr w miejscu udzielania świadczeń, 2) aparat RTG lub radiowizjograf w lokalizacji.

Wymaganiami podstawowymi, określającymi dostępność świadczeń (załącznik nr 4), były m.in.: czas pracy na jednego lekarza 15 godzin w tygodniu (0,5 etatu przeliczeniowego), czas pracy lekarzy w poradni proporcjonalny do liczby etatów przeliczeniowych, liczba dni pracy lekarza w poradni w godzinach popołudniowych (do godziny 18) – jeden dzień na każde 0,5 etatu przeliczeniowego, minimalna liczba dni pracy w tygodniu lekarza w poradni: w przypadku całego etatu przeliczeniowego 5 dni po 6 godzin dziennie. Wymagania dodatkowo oceniane to: 1) praca przynajmniej jednego lekarza w poradni w każdą sobotę, min. przez 6 godz. w ramach realizowanego wymiaru etatu przeliczeniowego, 2) praca lekarza w poradni w godzinach popołudniowych (do godz. 18) powyżej jednego dnia na każde 0,5 etatu przeliczeniowego, 3) dostęp dla osób niepełnosprawnych.

Od dnia 1.01.2015 r., zgodnie z załącznikiem 3b do zarządzenia nr 94/2014/DSOZ Prezesa NFZ dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne⁸⁰, do warunków realizacji świadczeń dodatkowo ocenianych dodano, w zakresie personelu: pozostały personel – praca w pełnym wymiarze czasu pracy poradni, a od 28 sierpnia 2015 r.⁸¹ – lokalizację gabinetu stomatologicznego w szkole i posiadanie porozumienia z dyrektorem szkoły o objęciu opieką stomatologiczną dzieci z tej szkoły w godzinach określonych w zarządzeniu. Wprowadzone zmiany miały na celu zniesienie ograniczeń dla dzieci i młodzieży w dostępności do świadczeń ogólnostomatologicznych, poprawę warunków wczesnego wykrywania i leczenia próchnicy oraz stworzenie warunków dla skutecznego prowadzenia profilaktyki stomatologicznej u dzieci i młodzieży.

8. Zgodnie z art. 17 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁸², pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, a w przypadku pacjenta małoletniego – jego przedstawiciel ustawowy, mają prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny (art. 17 ust. 2 ww. ustawy). Zgoda może być wyrażona ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli (art. 17 ust. 4 ww. ustawy).

Zgodnie z art. 32 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁸³, jeżeli pacjent jest małoletni, na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego. W przypadku, gdy zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania małoletniego, zgodę może wyrazić także opiekun faktyczny. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda (art. 32 ust. 5 ww. ustawy).

⁸⁰ NFZ poz. 94 – obowiązujące do 30 czerwca 2016 r.

⁸¹ Na mocy zarządzenia nr 52/2015/DSOZ Prezesa NFZ z 27 sierpnia 2015 r. zmieniającego zarządzenie nr 94/2014/DSOZ.

⁸² Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

⁸³ Dz. U. z 2017 r. poz. 125.

Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1638, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2017 r., poz. 125).
5. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2016 r. poz. 1943, ze zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 193).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r., poz. 177, ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), obowiązujące od 23 grudnia 2015 r.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719), uchylone z dniem 1 stycznia 2015 r.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. poz. 1980, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1146).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).
15. Zarządzenie nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (NFZ poz. 77), uchylone z dniem 31 grudnia 2014 r.
16. Zarządzenie nr 94/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (NFZ poz. 94, ze zm.), obowiązujące do 30 czerwca 2016 r.

17. Zarządzenie nr 57/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne (NFZ poz. 57), uchylone z dniem 25 marca 2017 r.
18. Zarządzenie nr 23/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (NFZ poz. 23).
19. Zarządzenie nr 23/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli (NFZ Nr 4, poz. 23, ze zm.), obowiązujące do 4 września 2014 r.
20. Zarządzenie nr 55/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2014 r. w sprawie planowania, przygotowania, przeprowadzania oraz realizacji wyników kontroli świadczeniodawców (NFZ poz. 55, ze zm.), obowiązujące do 30 czerwca 2016 r.
21. Zarządzenie nr 45/2016/DK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 czerwca 2016 r. w sprawie planowania, przygotowania, przeprowadzania oraz realizacji wyników kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ poz. 45, ze zm.), obowiązujące od 1 lipca 2016 r.

Zestawienia danych przekazanych przez NFZ

Tabela nr 1

Dostępność populacji dzieci i młodzieży do świadczeń realizowanych w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

Oddział wojewódzki	Liczba dzieci i młodzieży do 18 roku życia uprawnionej do świadczeń			Liczba dzieci i młodzieży do 18 roku życia, która skorzystała ze świadczeń			Wartość zrealizowanych świadczeń (zł)			% uprawnionych korzystających ze świadczeń (2:1)			Wartość świadczeń (zł) przypadająca na jednego uprawnionego (3:1)			Wartość świadczeń (zł) przypadająca na osobę korzystającą z tych świadczeń (3:2)		
	1			2			3			4			5			6		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Dolnośląski	310 130	314 091	301 534	31 275	28 196	31 932	3 837 876	3 768 774	4 920 765	10,1	9,0	10,6	12,4	12,0	16,3	122,7	133,7	154,1
Kujawsko-Pomorski	399 063	391 021	388 349	56 356	59 292	60 535	8 951 023	9 902 659	11 443 554	14,1	15,2	15,6	22,4	25,3	29,5	158,8	167,0	189,0
Lubelski	377 777	372 081	368 318	108 910	102 237	102 827	15 226 949	15 505 184	17 788 044	28,8	27,5	27,9	40,3	41,7	48,3	139,8	151,7	173,0
Lubuski	181 842	180 447	179 235	24 133	25 853	24 660	3 056 249	3 348 563	3 402 503	13,3	14,3	13,8	16,8	18,6	19,0	126,6	129,5	138,0
Łódzki	260 101	263 406	250 415	54 127	47 413	49 000	6 683 573	6 229 388	7 257 286	20,8	18,0	19,6	25,7	23,6	29,0	123,5	131,4	148,1
Miełkowski	668 809	668 466	670 034	204 360	192 111	192 926	26 855 078	25 938 365	29 695 286	30,6	28,7	28,8	40,2	38,8	44,3	131,4	135,0	153,9
Mazowiecki	1 020 982	1 024 341	1 036 547	63 604	65 971	78 948	9 018 843	10 972 180	15 264 604	6,2	6,4	7,6	8,8	10,7	14,7	141,8	166,3	193,4
Opolski	169 551	168 160	166 876	38 858	43 999	38 057	5 972 798	6 141 805	6 442 165	22,9	26,2	22,8	35,2	36,5	38,6	153,7	139,6	169,3
Podkarpacki	390 899	385 313	381 458	41 589	42 971	43 493	6 881 614	7 248 483	7 636 325	10,6	11,2	11,4	17,6	18,8	20,0	165,5	168,7	175,6
Podlaski	201 833	201 433	201 787	23 644	23 852	23 288	3 998 460	3 929 321	3 977 370	11,7	11,8	11,5	19,8	19,5	19,7	169,1	164,7	170,8
Pomorski	464 990	466 670	468 755	34 905	38 326	43 869	5 283 854	5 989 108	6 966 145	7,5	8,2	9,4	11,4	12,8	14,9	151,4	156,3	158,8
Śląski	760 143	755 897	758 726	15 402	15 598	15 755	1 726 293	1 843 874	2 035 003	2,0	2,1	2,1	2,3	2,4	2,7	112,1	118,2	129,2
Świętokrzyski	207 873	204 709	202 136	25 700	24 374	26 088	3 710 678	3 613 608	4 219 731	12,4	11,9	12,9	17,9	17,7	20,9	144,4	148,3	161,7
Warmińsko-Mazurski	261 792	257 765	255 249	2 092	2 066	2 057	454 943	463 913	478 445	0,8	0,8	0,8	1,7	1,8	1,9	217,5	224,5	232,6
Wielkopolski	705 468	707 070	707 967	68 116	66 491	67 553	9 114 611	9 678 629	11 107 865	9,7	9,4	9,5	12,9	13,7	15,7	133,8	145,6	164,4
Zachodniopomorski	306 354	303 535	301 540	73 233	72 755	69 984	9 985 678	10 544 164	10 748 247	23,9	24,0	23,2	32,6	34,7	35,6	136,4	144,9	153,6
	6 687 607	6 664 405	6 638 926	866 304	851 505	870 972	120 758 720	125 117 998	143 383 338	13,0	12,8	13,1	18,1	18,8	21,6	139,4	146,9	164,6

Źródło: Dane przekazane przez NFZ.

Tabela nr 2

Dostępność populacji dzieci i młodzieży do świadczeń realizowanych w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych

Oddział wojewódzki	Liczba dzieci i młodzieży do 18 roku życia uprawnionej do świadczeń				Liczba dzieci i młodzieży do 18 roku życia, która skorzystała ze świadczeń				Wartość zrealizowanych świadczeń dla tej grupy populacji (zł)				Wartość zrealizowanych świadczeń ogółem w tym zakresie (zł)				% uprawnionych korzystających ze świadczeń (2:1)							
	2014		2015		2016		2014		2015		2016		2014		2015		2016		2014		2015		2016	
	1				2				3				4				5							
Dolnośląski	310 130	314 091	301 534	86 224	83 761	80 345	10 433 438	10 007 983	10 015 209	82 074 054	81 132 846	79 999 345	27,8	26,7	26,6									
Kujawsko-Pomorski	399 063	391 021	388 349	59 127	56 349	53 321	7 206 087	7 061 445	7 282 379	64 627 905	64 735 787	64 833 236	14,8	14,4	13,7									
Lubelski	377 777	372 081	368 318	94 941	90 180	86 870	11 582 946	11 515 115	11 951 300	80 966 470	80 052 771	80 150 678	25,1	24,2	23,6									
Lubuski	181 842	180 447	179 235	25 538	22 213	20 573	2 883 629	2 508 944	2 444 034	31 028 866	32 236 930	29 870 286	14,0	12,3	11,5									
Łódzki	260 101	263 406	250 415	86 009	82 459	76 781	9 714 608	9 410 422	9 575 554	87 744 180	86 284 483	84 210 139	33,1	31,3	30,7									
Małopolski	668 809	668 466	670 034	67 281	71 064	68 186	6 022 041	7 187 177	7 618 577	121 104 190	122 372 883	125 047 094	10,1	10,6	10,2									
Mazowiecki	1 020 982	1 024 341	1 036 547	129 680	118 408	111 106	17 313 747	16 319 476	16 800 095	127 016 236	120 665 421	120 473 277	12,7	11,6	10,7									
Opolski	169 551	168 160	166 876	5 639	4 675	4 366	524 469	437 540	379 754	25 869 010	25 939 189	25 361 090	3,3	2,8	2,6									
Podkarpacki	390 899	385 313	381 458	87 856	84 047	80 612	11 501 730	11 095 987	11 302 150	74 461 492	73 743 861	73 287 484	22,5	21,8	21,1									
Podlaski	201 833	201 433	201 787	49 292	48 940	49 018	6 855 612	6 707 017	7 127 158	44 112 792	43 778 865	43 424 996	24,4	24,3	24,3									
Pomorski	464 990	466 670	468 755	81 467	78 138	74 084	10 264 446	10 027 310	10 180 669	76 089 464	76 730 991	76 418 128	17,5	16,7	15,8									
Śląski	760 143	755 897	758 726	182 360	177 262	176 370	20 149 628	19 917 985	20 828 476	167 407 712	165 160 327	164 319 603	24,0	23,5	23,2									
Świętokrzyski	207 873	204 709	202 136	50 570	49 767	47 719	6 498 998	6 367 999	6 595 053	45 320 536	44 967 341	43 997 132	24,3	24,3	23,6									
Warmińsko-Mazurski	261 792	257 765	255 249	81 747	79 681	76 004	11 856 666	11 531 563	11 894 189	68 571 492	68 333 467	67 715 466	31,2	30,9	29,8									
Wielkopolski	705 468	707 070	707 967	125 838	121 078	118 624	14 802 162	14 739 035	15 621 359	115 176 331	116 478 608	116 133 794	17,8	17,1	16,8									
Zachodniopomorski	306 354	303 535	301 540	4 283	2 540	2 488	339 744	179 725	214 378	52 002 944	49 396 994	48 848 341	1,4	0,8	0,8									
6 687 607	6 664 405	6 638 926	1 217 852	1 170 562	1 126 467	1 126 467	147 949 951	145 014 723	149 830 334	1 263 573 674	1 252 010 764	1 244 090 089	18,2	17,6	17,0									

Źródło: Dane przekazane przez NFZ.

Tabela nr 3

Świadczenia realizowane w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

Oddział wojewódzki	Liczba dzieci i młodzieży do 18 roku życia uprawnionej do świadczeń			Liczba dzieci i młodzieży do 18 roku życia, która skorzystała ze świadczeń			Wartość zrealizowanych świadczeń (zł)			% uprawnionych korzystających ze świadczeń (2:1)			Wartość świadczeń (zł) przypadająca na jednego uprawnionego (3:1)			Wartość świadczeń (zł) przypadająca na osobę korzystającą z tych świadczeń (3:2)		
	1			2			3			4			5			6		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Dolnośląski	310 130	314 091	301 534	31 275	28 196	31 932	3 837 876	3 768 774	4 920 765	10,1	9,0	10,6	12,4	12,0	16,3	122,7	133,7	154,1
Kujawsko-Pomorski	399 063	391 021	388 349	56 356	59 292	60 535	8 951 023	9 902 659	11 443 554	14,1	15,2	15,6	22,4	25,3	29,5	158,8	167,0	189,0
Lubelski	377 777	372 081	368 318	108 910	102 237	102 827	15 226 949	15 505 184	17 788 044	28,8	27,5	27,9	40,3	41,7	48,3	139,8	151,7	173,0
Lubuski	181 842	180 447	179 235	24 133	25 853	24 660	3 056 249	3 348 553	3 402 503	13,3	14,3	13,8	16,8	18,6	19,0	126,6	129,5	138,0
Łódzki	260 101	263 406	250 415	54 127	47 413	49 000	6 683 573	6 229 388	7 257 286	20,8	18,0	19,6	25,7	23,6	29,0	123,5	131,4	148,1
Malopolski	668 809	668 466	670 034	204 360	192 111	192 926	26 855 078	25 938 365	29 695 286	30,6	28,7	28,8	40,2	38,8	44,3	131,4	135,0	153,9
Mazowiecki	1 020 982	1 024 341	1 036 547	63 604	65 971	78 948	9 018 843	10 972 180	15 264 604	6,2	6,4	7,6	8,8	10,7	14,7	141,8	166,3	193,4
Opolski	169 551	168 160	166 876	38 858	43 999	38 057	5 972 798	6 141 805	6 442 165	22,9	26,2	22,8	35,2	36,5	38,6	153,7	139,6	169,3
Podkarpacki	390 899	385 313	381 458	41 589	42 971	43 493	6 881 614	7 248 483	7 636 325	10,6	11,2	11,4	17,6	18,8	20,0	165,5	168,7	175,6
Podlaski	201 833	201 433	201 787	23 644	23 852	23 288	3 998 460	3 929 321	3 977 370	11,7	11,8	11,5	19,8	19,5	19,7	169,1	164,7	170,8
Pomorski	464 990	466 670	468 755	34 905	38 326	43 869	5 283 854	5 989 108	6 966 145	7,5	8,2	9,4	11,4	12,8	14,9	151,4	156,3	158,8
Śląski	760 143	755 897	758 726	15 402	15 598	15 755	1 726 293	1 843 874	2 035 003	2,0	2,1	2,1	2,3	2,4	2,7	112,1	118,2	129,2
Świętokrzyski	207 873	204 709	202 136	25 700	24 374	26 088	3 710 678	3 613 608	4 219 731	12,4	11,9	12,9	17,9	17,7	20,9	144,4	148,3	161,7
Warmińsko-Mazurski	261 792	257 765	255 249	2 092	2 066	2 057	454 943	463 913	478 445	0,8	0,8	0,8	1,7	1,8	1,9	217,5	224,5	232,6
Wielkopolski	705 468	707 070	707 967	68 116	66 491	67 553	9 114 611	9 678 629	11 107 865	9,7	9,4	9,5	12,9	13,7	15,7	133,8	145,6	164,4
Zachodniopomorski	306 354	303 535	301 540	73 233	72 755	69 984	9 985 878	10 544 154	10 748 247	23,9	24,0	23,2	32,6	34,7	35,6	136,4	144,9	153,6
	6 687 607	6 664 405	6 638 926	866 304	851 505	870 972	120 758 720	125 117 998	143 383 338	13,0	12,8	13,1	18,1	18,8	21,6	139,4	146,9	164,6

Źródło: Dane przekazane przez NFZ.

Wykaz skontrolowanych jednostek w ramach kontroli planowej P/16/077 oraz kontroli doraźnej rozpoznawczej R/15/004

Lp.	Jednostka kontrolowana	Skontrolowane szkolne gabinety stomatologiczne	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna skontrolowanej działalności*
1.	Urząd Miasta w Lublinie	–	Krzysztof Żuk	opisowa
2.	Lubelski Oddział Wojewódzki w Lublinie Narodowy Fundusz Zdrowia	–	Karol Tarkowski	opisowa
3.	Kijewska Anna Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej AK-DENT	1. Zespół Szkół Odzieżowo-Włókienniczych w Lublinie 2. Szkoła Podstawowa (dalej „SP”) nr 31 w Lublinie 3. Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 1w Lublinie 4. Gimnazjum nr 15 w Lublinie 5. Zespół Szkół Ekonomicznych w Lublinie	Anna Kijewska	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4.	Surdyka Agnieszka Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „AS-DENT”	1. V Liceum Ogólnokształcące w Lublinie 2. IX Liceum Ogólnokształcące w Lublinie 3. Zespół Szkół Samochodowych w Lublinie 4. Gimnazjum nr 9 w Lublinie 5. SP nr 7 w Lublinie	Agnieszka Surdyka	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
5.	Jolanta Czerkies „PRIMA-MED” Prywatna Przychodnia Stomatologiczno-Medyczna NZOZ	1. I Liceum Ogólnokształcące w Puławach 2. SP nr 20 w Lublinie 3. SP w Żyrzynie	Jolanta Czerkies	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
6.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MED COMP LEX Piotr Książek	1. SP nr 25 w Lublinie 2. SP nr 10 w Lublinie 3. Gimnazjum nr 18 w Lublinie 4. Zespół Szkół nr 12 w Lublinie 5. Zespół Szkół nr 8 w Lublinie	Piotr Książek	opisowa
7.	New Investment s.c. M. Czamara i I. Lipińska	1. SP nr 3 w Świdniku 2. SP nr 7 w Świdniku 3. Zespół Szkół nr 9 w Lublinie 4. Zespół Szkół Plastycznych w Lublinie 5. Zespół Szkół Transportowo-Komunikacyjnych w Lublinie	Magdalena Czamara	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

Lp.	Jednostka kontrolowana	Skontrolowane szkolne gabinety stomatologiczne	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna skontrolowanej działalności*
8.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „TOPMED” S.C. Justyna Świeć, Piotr Świeć	1. Zespół Szkół Ogólnokształcących w Michowie 2. Zespół Szkół w Kamionce 3. Zespół Szkół w Firleju	Justyna Świeć, Piotr Świeć	opisowa
9.	Alicja Kotlińska Gabinet Stomatologiczny NZOZ „Centrum Stomatologiczne”	1. SP nr 10 w Puławach, Gimnazjum nr 10 w Puławach 2. SP nr 11 w Puławach, Gimnazjum nr 3 w Puławach	Alicja Kotlińska	opisowa
10.	Grupowa Praktyka Lekarska „Stomatologia szkolna” Buchajczyk, Chról, Krupińska-Maślanka, Karpińska spółka jawna	1. SP nr 23 w Lublinie 2. SP nr 43 w Lublinie 3. Gimnazjum nr 5 w Lublinie	Teresa Buchajczyk, Monika Chról, Małgorzata Krupińska-Maślanka, Monika Karpińska	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
11.	„DENT” s.c. Beata i Remigiusz Caban	1. SP w Zawadzie 2. Zespół Szkół nr 3 w Zamościu	Beata Banach – Caban Remigiusz Caban	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
12.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „TRI-DENT” s.c. A. Paśnikowska, r. Żmuda, r. Piotrowska	1. Gimnazjum nr 1 w Łęcznej 2. SP nr 2 w Łęcznej 3. Zespół Szkół im. Kazimierza Jagiellończyka w Łęcznej, Zespół Szkół Górniczych	Renata Żmuda	opisowa
13.	Miejski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmie	1. Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 1 w Chełmie 2. Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 3 w Chełmie 3. Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 6 w Chełmie 4. Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 7 w Chełmie 5. II Liceum Ogólnokształcące w Chełmie	Lech Błazucki	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

* Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

Wystąpienia pokontrolne są dostępne na stronie internetowej BIP Najwyższej Izby Kontroli – <http://bip.nik.gov.pl/kontrolne/wyniki-kontroli-nik/>

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Rzecznik Praw Dziecka
8. Rzecznik Praw Pacjenta
9. Komisja ds. Kontroli Państwowej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
10. Komisja Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
11. Komisja Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
12. Minister Zdrowia
13. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
14. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
15. Wojewoda Lubelski
16. Marszałek Województwa Lubelskiego
17. Prezydent Miasta Lublin