



**WICEPREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**
Andrzej Cisko

KS.005.45.2389.2020
KS.KW-00048.2020

Warszawa, 17 listopada 2020 r.

Sz. P.

Urszula Zielińska

Klaudia Jachira

Małgorzata Tracz

Dorota Niedziela

Tomasz Aniśko

Riad Haidar

Franciszek Sterczewski

Posłowie na Sejm RP

Szanowni Państwo,

W imieniu Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej czuję się w obowiązku sprostować kilka wątków złożonej przez Państwa interpelacji nr 13891 do Ministra Zdrowia w sprawie zanieczyszczenia środowiska rtęcią oraz wdrożenia rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci.

Na wstępie muszę sprzeciwić się używaniu w interpelacji poselskiej sugestii, że dane przekazane przez Naczelną Radę Lekarską zostały zmanipulowane. Taka niestety sugestia zawarta jest w piątym akapicie Państwa interpelacji. W rzeczywistości, jeśli obecna interpelacja jest kontynuacją interpelacji nr 1956 w sprawie zanieczyszczenia środowiska rtęcią, to tam właśnie napotkaliśmy na dane, co do których zgłosiliśmy wcześniej zastrzeżenia.

Pismem z dnia 14 lutego br. znak: NRL/KS/8/287/2020 zwróciłem się do PP. Posłów składających interpelację nr 1956 z obszernym wyjaśnieniem, które ponownie załączam. Z zawartymi w piśmie tezami nikt z Państwa Posłów nie podjął polemiki. W piśmie prostowałem zarówno dane o 6,5 mln ton rtęci, jak i o emisji będącej dziełem elektrowni Bełchatów.

Co więcej, interpelacja nr 1956 sugeruje, że lekarze dentyści lekceważą nałożony na nich obowiązek pod wpływem stanowiska KS NRL „jawnie negującego rozporządzenie unijne”. Jako dowód przedstawia się „sygnały płynące od pracowników inspekcji sanitarnej”. NRL otrzymała w tej sprawie zapytanie złożone przez **jedną** z 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Powodem troski był anonimowo przysłany screen z grupy dyskusyjnej, **z jedną** wypowiedzią, która w sposób błędny, ale charakterystyczny dla internetowych dyskusji interpretuje stanowisko KS NRL w tej sprawie. Wyciąganie z odosobnionego faktu tak uogólniających wniosków jest budowaniem niepotrzebnego napięcia.

Szanowni Państwo,

Samorząd lekarski, chcąc uniknąć wielu rozmaitych perturbacji zwracał uwagę na niemożność wprowadzenia w jednym momencie tak dużej zmiany. Możliwe, że w innych, mniejszych krajach nie stanowi to przedmiotu wielomiesięcznej dyskusji, ale może w tych krajach prawo, jak też praktyka jego stosowania nie są tak zawiłe, a jedna „reformacja” nie goni drugiej.

Koszty wprowadzenia nowego obowiązku:

Przy tak doniosłej, systemowej zmianie, postulat wprowadzenia ułatwień w sprostaniu nowym wymaganiom nie jest niczym nadzwyczajnym. Zasadnym jest tu porównanie z procesem cyfryzacji dokumentacji medycznej. System dotacji do zakupów sprzętu i oprogramowania, choć z niewiadomych względów dostępny tylko placówkom posiadającym kontrakt z NFZ, w jakimś, niestety również zróżnicowanym stopniu ułatwia ten proces. Nawet w okresie tuż przed zdefiniowanym wejściem w życie danego obowiązku (recepty w 2019 r., skierowania w 2020 r.) władze dotują wybranym grupom świadczeniodawców np. szybsze rozpoczęcie wykonywania obowiązku.

W tej sprawie zaproponowaliśmy wariantowo:

- dotacje lub powołanie programu finansowanego ze środków unijnych przeznaczonych na ochronę środowiska,
- dotacje ześrodkowania budżetowych,

- albo chociażby najmniej skomplikowany i stosowany w innych przypadkach system podwójnego odliczenia podatkowego.

Niestety, spotkało się to z odmową.

Jednocześnie zauważyć należy, że dokonywany przez poprzednie dekady wybór amalgamatu przez lekarzy dentyków, jako materiału do wypełnień ubytków w zębach wynikał w większości nie ze wskazań medycznych i decyzji samego lekarza dentydy (ma do tych celów wiele lepszych materiałów) lecz z decyzji władz publicznych o uczynieniu go podstawowym refundowanym materiałem do wypełnień ubytków w zębach bocznych u dorosłych.

Perspektywa całkowitego wycofania amalgamatu

Rozporządzenie unijne określa horyzont roku 2030 jako datę, po którą amalgamat nie będzie już w ogóle stosowany i nikt nie kwestionuje racjonalności wycofania tego materiału z użycia w takim terminie. Należy jednak pamiętać, że wypełnienie amalgamatowe, z uwagi na łatwość jego aplikacji i znaczną wytrzymałość mechaniczną było przez lata z powodzeniem stosowane. Nie jest z pewnością materiałem niemożliwym do zastąpienia, jednakże nie przez materiały znajdujące się w obecnie obowiązującym koszyku świadczeń gwarantowanych. Uzyskanie właściwej szczelności wypełnienia i jego wytrzymałości wymaga zastosowania materiałów droższych i niepomernie bardziej czasochłonnych w zakładaniu i końcowym opracowaniu.

Wycofanie amalgamatu w sposób odpowiedzialny, bez uszczerbku dla zdrowia pacjentów wymaga rekonstrukcji części koszyka stomatologicznego, wprowadzenia do niego nowych materiałów z jednoczesną wyceną tak zdefiniowanego nowego świadczenia. Zapewne wymagać to będzie korekty planu finansowego NFZ w części dotyczącej leczenia stomatologicznego. Tymczasem, jak wielokrotnie podnosiliśmy w korespondencji z MZ i Parlamentarzystami, udział stomatologii w planie finansowym NFZ spada systematycznie od 11 lat i obecnie uplasował się poniżej 2%. Brak więc jakiegokolwiek sygnału ze strony władz publicznych, świadczącego o woli odpowiedzialnego podejścia do tego wyzwania. Bez odpowiedniego finansowania publicznej stomatologii czeka nas być może całkowite wycofanie amalgamatu (i to dużo szybciej), ale związane z całkowitą zapaścią lecznictwa stomatologicznego finansowanego ze środków publicznych.

Dane

Przyszło nam prostować nieprawdziwe, lub nierzetelnie przytoczone dane. Poza aspektem rzetelności danych mających obrazować ilość utylizowanego odpadu amalgamatowego (o czym niżej), popełnia się prosty, ale poważny metodologiczny błąd. Utożsamia się mianowicie liczbę wypełnień, za które płaci rocznie NFZ (13 mln wypełnień) w 100% z amalgamatem, z którego to materiału wypełnienia stanowią zdecydowaną mniejszość, jeśli już nie margines w codziennej praktyce, nawet świadczeń gwarantowanych.

Odnosząc się do tej części Państwa interpelacji, w której przywoływane są dane o rekordowym zużyciu amalgamatu w Polsce (5 ton), wskazać należy, że to samo opracowanie, poza tym, że nie plasuje Polski na szczycie tego zapotrzebowania, wyraźnie wskazuje, że dane są oparte na „assumptions” - założeniach pośrednio wynikających z analizy różnych źródeł. I tak, zawarta w tabeli nr 182 szacunkowa liczba wypełnień amalgamatowych (7,9-10 mln) jest z przyczyn, o których wyżej - niewiarygodna. Jeszcze bardziej niewiarygodna jest proporcja wynikająca z porównania danych o liczbie wypełnień amalgamatowych z nie-amalgamatowymi. Z danych zawartych w tabeli wynika (i nie jest to błąd popełniony tylko wobec Polski), że wypełnienia amalgamatowe cały czas stanowią 1/3 wszystkich wypełnień. Jest to poważny metodologiczny błąd, gdyż w rzeczywistości, w całkowitej liczbie wypełnień wykonywanych w naszych gabinetach nie stanowią nawet 5%.

Przepisy, na podstawie których dane mogą być zafałszowywane

Załączone pismo z 14 lutego br. zawiera ważną informację o błędnej z punktu widzenia danych o utylizacji amalgamatu, konstrukcji karty przekazania odpadów. Od 5 lat zgłaszamy postulat zmiany, umożliwiającej wpisanie do karty rzeczywistej ilości oddawanego odpadu amalgamatowego. Tymczasem do karty nie można wpisać ilości odpadu poniżej 1 kilograma [!]. Daje to ewidentnie zafałszowany obraz, z którego być może dalej wyciąga się błędne statystyczne wnioski. Dopiero niedawno, Ministerstwo Klimatu poinformowało o przyjęciu do rozpatrzenia tego postulatu. Z pewnością interpelacja poselska w tej sprawie mogłaby przyspieszyć jego rozpatrzenie.

Praktyczne aspekty instalacji separatorów

Separator amalgamatu jest wyrobem medycznym. Raz wprowadzony do gabinetu stomatologicznego podlega procedurom opisanym w ustawie z 20 maja 2020 r. o wyrobach medycznych. Zgodnie m.in. z art. 90 tej ustawy wyrób musi mieć poświadczaną sprawność w określonych w instrukcji odstępach czasu. Takiego

poświadczenia może dokonać serwis producenta lub dystrybutora. Rzecz w tym, że na dystrybutorów reklamujących w sieci internetowej sprzedaż separatorów, zaledwie 4 posiada na terenie Polski jakikolwiek serwis. Są to dystrybutorzy firm, które są wiodącymi producentami profesjonalnych separatorów. Nie jest absolutnie możliwe, aby tak wąła sieć serwisantów sprostała temu zadaniu, a ze strony władz publicznych nie napotkaliśmy żadnej oferty uproszczenia procedur w tym zakresie. Jako samorząd lekarski musimy brać pod uwagę, iż pewne wymogi egzekwowane są w naszym kraju niejednolicie. Dochodzi w wielu wypadach do bardzo literalnego podejścia kontrolerów (w szczególności NFZ).

Usunięcie wypełnienia amalgamatowego, jako świadczenie gwarantowane

Pewną jaskółką dobrych zmian jest fakt, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace nad uzupełnieniem koszyka świadczeń gwarantowanych o świadczenie usunięcia wypełnienia amalgamatowego. Procedura ta będzie wymagała posiadania separatora i fakt objęcia jej zakresem świadczeń przyczyni się do zwiększenia tempa instalacji separatorów.

Kończąc, pragnę zapewnić, że w żadnym wypadku działaniami Naczelnej Rady Lekarskiej nie powoduje chęć lekceważenia samego problemu, czy też przepisu prawa unijnego. To nie samorząd lekarski wyznacza tempo dyskusji w tej sprawie i prac nad niezbędną „obudową” tego procesu.

Z poważaniem,



Załącznik:

Pismo z 14 lutego 2020 r. znak: NRL/KS/8/287/2020

Do wiadomości:

Minister Zdrowia