



**Sprawozdanie z Posiedzenia Ogólnego
Rady Europejskich Lekarzy Dentystów
Haga, 20 – 21 maja 2016 r.**

Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (Council of European Dentists, CED) jest europejskim stowarzyszeniem o charakterze not-for-profit reprezentującym, stowarzyszenia i izby lekarsko-dentystyczne z 30 państw. Biuro CED znajduje się w Brukseli, zatrudnia kilku pracowników, w tym prawników.

Podstawowym celem CED jest promowanie wysokich standardów opieki stomatologicznej oraz uwzględniającej bezpieczeństwo pacjenta praktyki zawodowej w krajach UE, EOG i EFTA.

CED jest w stałym kontakcie z innymi organizacjami europejskimi oraz instytucjami unijnymi.

Stanowiska i uchwały CED odgrywają istotną rolę w kształtowaniu europejskiej stomatologii i warunków wykonywania zawodu lekarza dentysty.

Naczelna Izba Lekarska jest pełnoprawnym członkiem CED od roku 2006, wcześniej miała w organizacji charakter obserwatora.

Wiosenne posiedzenie ogólne CED odbyło się w dniach 20 – 21 maja 2016 r. w stolicy Holandii, Hadze, czyli w państwie, które w I półroczu 2016 r. przewodniczy Radzie UE. Gospodarzem posiedzenia było Holenderskie Królewskie Stowarzyszenie Stomatologiczne, w imieniu którego zabranych powitała pełniąca obowiązki prezesa dr Hendrike van Drie.

W skład delegacji Naczelnej Izby Lekarskiej wchodził:

- dr Anna Lella, Przewodnicząca Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej NRL,
- dr Anna Śpiałek, członek Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej NRL oraz
- radca prawny Marek Szewczyński, pracownik biura NIL, kierownik Ośrodka Uznawania Kwalifikacji przy NIL.

Obradom po raz pierwszy przewodniczył dr Marco Landi z Włoch, który został wybrany na stanowisko Prezesa CED na poprzednim posiedzeniu w listopadzie 2015r. i zastąpił dr. Wolfganga Doneusa z Austrii, któremu serdecznie podziękował za całą jego dotychczasową pracę na rzecz CED.

Dr Landi w sprawozdaniu ze swojej działalności poinformował o spotkaniu z prezesem ADEE (Stowarzyszenie ds. Kształcenia Stomatologicznego w Europie, Association for Dental Education in Europe) w dniu 26 stycznia 2016 r., podczas którego ustalono, że prezesi obu organizacji powinni się spotykać co najmniej raz do roku. W ostatnim okresie dr Landi spotkał się także z posłem do Parlamentu Europejskiego, który jest sprawozdawcą rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych, wkrótce zaś ma zaplanowane spotkanie z Komisarzem UE ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności dr. Vytenisem Andriukaitisem.

Podczas posiedzenia przyjęte zostało stanowisko w sprawie specjalizacji lekarzy dentystów, którego projekt opracowała grupa robocza ds. kształcenia i kwalifikacji zawodowych, oraz rezolucja w sprawie cukru opracowana przez grupę ds. zdrowia jamy ustnej.

Stanowisko w sprawie specjalizacji lekarzy dentystów przypomina na wstępie, że aktualnie dwie specjalizacje lekarsko-dentystyczne podlegają automatycznemu uznaniu w tych państwach członkowskich, w których występują: ortodoncja i chirurgia stomatologiczna.¹

Dyrektywa w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych określa przy tym warunki prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w tych dwóch dziedzinach oraz jego minimalny okres (3 lata nauki praktycznej i teoretycznej w pełnym wymiarze czasu obejmujące co najmniej 3 000 godzin osobistego udziału lekarza dentysty). Dyrektywa nie określa natomiast treści szkolenia w tych dziedzinach – to należy do zadań właściwych instytucji poszczególnych państw członkowskich UE.

Stanowisko wskazuje dalej, że podstawowa różnica pomiędzy zakresem czynności zawodowych lekarza dentysty bez specjalizacji a lekarza dentysty specjalisty polega na tym, że specjalista, z uwagi na dodatkowe, szczegółowe szkolenie, jakie w danej dziedzinie odbył, w swojej codziennej praktyce w większym stopniu wykonuje czynności w ramach posiadanej specjalizacji.

¹ Inne specjalizacje lekarsko-dentystyczne uzyskane w którymś z państw członkowskich UE mogą być uznawane w trybie tzw. systemu ogólnego uznawania kwalifikacji zawodowych, czyli procedury o charakterze nostryfikacyjnym obejmującej porównanie programu kształcenia z ewentualnym uwzględnieniem doświadczenia zawodowego. Warunkiem podjęcia takiej procedury jest występowanie odpowiadających sobie specjalizacji zarówno w państwie, w którym tytuł specjalisty został przyznany, jak i w państwie, w którym specjalizacja ma być uznana.

Jednocześnie jednak każdy lekarz dentysta uprawniony do wykonywania zawodu posiada odpowiednie kwalifikacje do wykonywania wszystkich czynności zawodowych – także tych, które wykonuje lekarz dentysta specjalista. Nie można więc lekarzowi dentyście bez specjalizacji zabronić wykonywania żadnej z tych czynności.

Lekarz dentysta bez specjalizacji może, jeżeli uważa to za właściwe albo konieczne, skierować pacjenta do lekarza dentysty specjalisty.

Rezolucja w sprawie cukru nawiązuje w swej treści do wytycznych światowej Organizacji Zdrowia z 2015 r., które stanowczo rekomendują, aby zarówno dorośli, jak i dzieci ograniczyli spożycie tzw. wolnych cukrów do poniżej 10% kalorii dostarczanych dziennie organizmowi, wskazując przy tym, że dalsze ograniczenie poniżej 5% jest jeszcze bardziej korzystne dla zdrowia.

CED podkreśla w rezolucji, że cukier jest główną przyczyną próchnicy zębów, szczególnie u dzieci i osób w podeszłym wieku, a ograniczenie jego spożycia zmniejszy ból i cierpienie powodowane tą chorobą – chorobą, której można zapobiegać. CED uważa, że zmniejszenie częstotliwości i ilości spożycia cukru ma kluczowe znaczenie dla zapobiegania zarówno chorobom jamy ustnej, jak i chorobom układowym.

CED uważa, że w celu poradzenia sobie z bardzo złożonym problemem nadmiernego spożycia cukru potrzebne jest wieloaspektowe podejście w zakresie zdrowia publicznego.

Rezolucja wskazuje, że mogą temu służyć takie m. in. działania, jak:

- ☐ ograniczenia w zakresie reklamowania żywności i napojów z dużą zawartością cukru;
- ☐ ograniczenia – podobnie jak ma to miejsce w ramach polityki antynikotynowej i antyalkoholowej – odnośnie możliwości sponsorowania imprez sportowych lub innych tego rodzaju wydarzeń przez producentów żywności i napojów o dużej zawartości cukru;
- ☐ zmianę składu produktów żywnościowych i napojów w celu obniżenia zawartości cukru w połączeniu ze zmniejszeniem ich porcji;
- ☐ ograniczenia promocji cenowych produktów o dużej zawartości cukru w sklepach oraz placówkach gastronomicznych; ograniczenia co do eksponowania takich wyrobów, na przykład w pobliżu kas;
- ☐ nałożenie na producentów obowiązku etykietowania żywności i napojów w taki sposób, aby informacje o zawartości cukru miały przejrzysty, łatwo zrozumiały format;

- przyjęcie norm odżywczych w placówkach publicznych; zapewnienie w takich jednostkach szkoleń w zakresie zdrowego żywienia osobom odpowiedzialnym za ustalanie jadłospisu;
- kampania w mediach podkreślająca szkodliwe skutki nadmiernego spożywania cukru wraz ze zdjęciami przedstawiającymi związane z tym choroby stomatologiczne.

Na posiedzeniu omówiono działalność wszystkich grup oraz zespołów roboczych. Najwięcej uwagi poświęcono kwestii częściowego dostępu do wykonywania zawodu lekarza dentysty i zakresu uprawnień zawodowych osób wykonujących stomatologiczne zawody pomocnicze oraz inwestowania w stomatologię przed przedsiębiorców nie będących lekarzami.

Po sprawozdaniu przewodniczącego grupy roboczej ds. Kształcenia i Kwalifikacji Zawodowych, dr. Paulo Melo z Portugalii delegaci szczegółowo dyskutowali na temat częściowego dostępu do zawodu lekarza dentysty, który miałyby uzyskiwać osoby wykonujące inne zawody – higienistki oraz technicy dentystyczni. Jak wskazał dr Melo, w niedawno opracowanym przez Komisję Europejską raporcie podsumowującym tzw. wzajemną ocenę zawodów regulowanych odnoszącym się do zawodu higienistki dentystycznej jest mowa o tym, że jednym ze środków mogących służyć zmniejszeniu barier w mobilności jest przyznanie higienistkom tzw. częściowego dostępu do czynności, które należą do zadań zawodowych innych osób.

Delegacja francuska dodała, że projekt aktu prawnego, który ma dokonać we Francji transpozycji nowelizacji dyrektywy o uznawaniu kwalifikacji zawodowych, zakłada możliwość częściowego dostępu do zawodu lekarza dentysty, tj. do czynności zawodowych należących obecnie wyłącznie do kompetencji lekarzy dentystów. W Wlk. Brytanii higienistki od 18 miesięcy mają bezpośredni (bez udziału lekarza dentysty) dostęp do pacjenta. Ma to związek z niewystarczającą liczbą lekarzy dentystów, stąd tendencja do delegowania większego zakresu czynności na personel pomocniczy. Jak podkreślali Holendrzy, higienistki mają w Europie silne lobby, które zwykle podnosi, iż praca przez nie świadczona jest tańsza.

W Trybunale Sprawiedliwości UE jest rozpatrywane pytanie prawne z Malty związane z częściowym dostępem do czynności zawodowych lekarzy dentystów, o który ubiega się kliniczny technik dentystyczny z Wlk. Brytanii – sprawa ta może mieć charakter precedensowy, ważne jest więc zajęcie i przedstawienie Trybunałowi stanowiska wskazującego, że odmowa częściowego dostępu jest w tej sytuacji uzasadniona i zgodna z przepisami dyrektywy.

Delegaci byli zgodni, że należy kontaktować się z władzami krajowymi i przedstawiać argumenty w tej sprawie.

Delegaci szczegółowo omawiali także coraz bardziej zauważalne zjawisko tworzenia placówek stomatologicznych (często w formie tzw. sieci) przez przedsiębiorców (osoby fizyczne oraz spółki), którzy sami nie mają żadnego profesjonalnego związku ze stomatologią, a celem tych inwestycji jest wyłącznie zysk. Zjawisko to często określane jako 'corporate dentistry' może prowadzić do ograniczenia niezależności zawodowej stomatologów i wpływać na bezpieczeństwo pacjentów. Jak wskazał dr Landi zdarzają się sytuacje, w których lekarz dentysta jest zobowiązany do uiszczenia pracodawcy kaucji na poczet ew. przyszłych roszczeń ze strony pacjentów.

W dyskusji wyrażane były w związku z tym obawy co do przyszłości stomatologii. Prezes Landi stwierdził m. in., że jest zaniepokojony aktywnością w stomatologii przedsiębiorców mogącą mieć wpływ na prawo pacjentów do uzyskania takiej opieki stomatologicznej, jakiej faktycznie potrzebują i jaka jest dla nich najlepsza z medycznego punktu widzenia. Jeden z zespołów roboczych podejmie prace nad stanowiskiem w sprawie tzw. corporate dentistry.

Delegaci omawiali wpływ przedstawionego przez Komisję Europejską projektu rozporządzenia w sprawie rtęci na zasady dalszego stosowania amalgamatu dentystycznego. Komisja Europejska proponuje, aby od 1 stycznia 2019 r. amalgamat mógł być stosowany tylko w formie kapsułkowanej oraz aby każdy gabinet stomatologiczny był obowiązkowo wyposażony w separator.

Jak poinformowano zebranych, zgłoszona została ostatnio przez prezydencję holenderską poprawka zakładająca, że separatory miałyby być stosowane nie we wszystkich gabinetach, a w tych, które stosują amalgamat bądź usuwają wypełnienia amalgamatowe. Jest to poprawka uwzględniająca stanowisko CED². Jednocześnie zaproponowano, aby amalgamatu nie stosować u kobiet w ciąży i dzieci do 12. roku życia, co zdaniem CED nie jest niczym uzasadnione.

Przewodnicząca grupy roboczej CED ds. amalgamatu i innych materiałów odtwórczych dr Susie Sanderson z Wlk. Brytanii, wyraziła też oczekiwanie, aby władze państw członkowskich UE w większym stopniu zaangażowały się w zwalczanie chorób jamy ustnej poprzez określenie krajowych celów w zakresie profilaktyki próchnicy oraz poprzez większe inwestycje na programy promocji zdrowia jamy ustnej, aby w ten sposób ograniczyć stosowanie amalgamatu.

W związku z przyjętą przez Komisję Europejską inicjatywą wdrożenia gospodarki o obiegu zamkniętym, w której ważną rolę odgrywa właściwe gospodarowanie odpadami, grupa robocza ds. kontroli zakażeń i gospodarki odpadami pracuje nad

² jednocześnie częściowo odpowiada niedawnemu stanowisku Prezydium NRL oraz Komisji Stomatologicznej NRL (MS).

stanowiskiem CED dotyczącym proponowanych przez Parlament Europejski i Radę zmian w dyrektywie dotyczącej odpadów. W ocenie grupy akceptowalne jest utworzenie elektronicznego rejestru lub skoordynowanych rejestrów dla odpadów niebezpiecznych, pod warunkiem, że nie spowoduje to obciążeń biurokratycznych dla lekarzy dentystów a obsługa rejestru byłaby w kompetencji odbiorców odpadów lub właściwych organów. Jednakże taka reguła w odniesieniu do pozostałych odpadów, czyli tak zwanych komunalnych, byłoby trudnym i nadmiernym obciążeniem biorąc pod uwagę, że te zadania należą do władz lokalnych.

Grupa robocza ds. wyrobów medycznych nadal śledzi projekty zmian w przepisach dotyczących wyrobów medycznych w odniesieniu do zawodu lekarza dentysty, zwracając szczególną uwagę na zmiany, które mogą być uciążliwe lub związane ze znacznym obciążeniem finansowym. Obecnie dyskusja dotyczy nanomateriałów i ich klasyfikacji. Zdaniem grupy nie wszystkie powinny zaliczać się do II klasy, a tylko te, które mogą uwalniać się do organizmu.

Prezes Landi poinformował, że CED ściśle współpracuje ze Stałym Komitetem Lekarzy Europejskich, CPME odnośnie podejmowanych w Europie działań w zakresie opracowywania norm dotyczących ochrony zdrowia. Tworzenie norm, które miałyby obejmować zasady świadczenia opieki zdrowotnej, budzi stanowczy sprzeciw europejskich lekarzy i lekarzy dentystów.

Dr Peter Engel z Niemiec stwierdził, że dziwi go, iż ADEE reprezentujące środowisko akademickie nie jest świadoma tego, co się w omawianym zakresie dzieje i że nie zajmuje wobec tego stanowiska – należałoby zwrócić uwagę ADEE na tę sprawę, aby przyłączyło się do działań CED.

Grupa robocza ds. produktów do wybielania zębów poinformowała, że pracuje nad pismem do instytucji unijnych apelującym o zmianę przepisów dot. stosowania produktów do wybielania zębów u osób poniżej 18 roku życia. Aby mogło to przynieść skutek, konieczne jest zebranie odpowiedniej dokumentacji.

Pracownik biura CED przedstawił najistotniejsze kwestie sygnalizowane przez organizacje członkowskie w swych raportach krajowych, kilkakrotnie odnosząc się do raportu przygotowanego przez NIL (m.in. odnośnie spodziewanego odstąpienia od likwidacji stażu podyplomowego, nowelizacji rozporządzenia dot. radiologii).

Zatwierdzone zostało sprawozdanie finansowe za 2015 rok wykazujące nadwyżkę w wysokości ok. 24 000 EUR (z uwagi na niższe niż zakładano koszty pracownicze oraz wyższą kwotę środków przekazanych przez Komisję Europejską za prace w projekcie dot. opisu systemu doskonalenia zawodowego w Europie). Przyjęty został także budżet CED na rok 2017, jak rok wcześniej zakładający mały deficyt w wysokości ok. 5 000 EUR. Wysokość składki płaconej na rzecz CED przez organizacje krajowe jest oparta na liczbie lekarzy dentystów wykonujących w danym państwie zawód.

Skarbnik CED, dr S. Sanderson dodała, że celem CED jest posiadanie takich rezerw, które – gdyby zaszła potrzeba – w każdej chwili pozwoliłyby na zakończenie działalności CED i uregulowanie wszystkich zobowiązań.

W związku z rezygnacją przez jednego z honorowych audytorów CED, dr Michele Aerden z Belgii (byłej Prezes FDI), z dalszego pełnienia tej funkcji odbyło się głosowanie, w wyniku którego wybrano mec. Marka Szewczyńskiego. Do zadań dwóch honorowych audytorów (drugim jest dr Nico Diederich z Luksemburga) należy dokonanie analizy dokumentów finansowych organizacji i przekazanie na posiedzeniu ogólnym opinii co do ich prawidłowości.

Pracownicy biura CED poinformowali, że zgodnie z przyjętą przez CED zasadą organizacje członkowskie mogą się posługiwać logiem CED w celu informowania, że należą do tej organizacji. Posługiwanie się logo w innym celu wymaga zgody zarządu CED. Jednocześnie nie można wprowadzać żadnych zmian odnośnie kształtu czy wymiaru logo. Przypomniano ponadto, że logiem CED nie mogą się posługiwać indywidualne osoby na własny użytek.

Delegatom przypomniano, że CED ma od niedawna nową, ciągle udoskonalaną stronę internetową cedentists.eu.

Obecni na posiedzeniu przedstawiciele Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Stomatologii (European Dental Students' Association, EDSA) wskazali, że ich zdaniem na europejskich uczelniach jest zbyt mało praktycznego szkolenia klinicznego, a coraz częściej studenci pracują tylko na fantomach i nie mają przez cały okres studiów kontaktu z pacjentem. EDSA ocenia to zjawisko negatywnie i chciałoby doprowadzić do uściślenia pojęcia „odpowiednie doświadczenie kliniczne”. Pracują nad kwestionariuszem, który ma pomóc w ustaleniu, ilu studentów rzeczywiście nie ma możliwości pracy przy pacjencie w toku studiów.

Członek zarządu ERO dr Piret Väli z Estonii poinformowała, że planowana jest nowelizacja kodeksu etyki CED – projekt ma być omawiany w okresie letnim, a ostateczna wersja powinna zostać poddana pod głosowanie na kolejnym posiedzeniu CED jesienią.

W niedługim czasie zostanie rozesłany kwestionariusz do organizacji członkowskich CED oraz do podmiotów zewnętrznych z pytaniami na temat tego, a jaki sposób należałoby dokonać aktualizacji materiału EU Manual of Dental Practice stanowiącego przydatny zbiór informacji o systemie opieki stomatologicznej i lekarzach dentystach we wszystkich państwach reprezentowanych w CED.

Planowane jest przygotowanie i rozesłanie kwestionariusza nt. zasad i form sprawdzania znajomości języka przez lekarzy dentystów ubiegających się o przyznanie uprawnień zawodowych w poszczególnych państwach. Z uwagi na zmiany wprowadzone w przepisach unijnych umożliwiające organom krajowym przyznającym uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza dentysty na sprawdzanie

poziomu znajomości języka danego państwa przez lekarzy ubiegających się o takie uprawnienia i wprowadzane przez poszczególne urzędy nowe wymogi zebranie tego rodzaju informacji będzie bardzo przydatne.

Mec. M. Szewczyński przekazał w imieniu NIL informację o dotychczasowych doświadczeniach i wstępnych wniosków związanych z działaniem tzw. mechanizmu ostrzegania. Wskazał m.in., że na dzień 21 maja w systemie jest 77 ostrzeżeń dot. lekarzy dentystów, niemalże wszystkie (74) wysłano z Wielkiej Brytanii. Dodał, że podobne zjawisko można zaobserwować odnośnie innych zawodów medycznych, szczególnie lekarzy (614 ostrzeżeń z Wlk. Brytanii, 28 z wszystkich pozostałych państw).

Kolejne posiedzenie ogólne CED odbędzie się w dniu 3 grudnia 2016 r. w Brukseli.

Komplet materiałów dotyczących posiedzenia (w języku angielskim) znajduje się w posiadaniu biura NIL.

Opracowali:

Anna Lella, Anna Śpiałek, Marek Szewczyński.