

**Krajowy plan pn. *Możliwości ograniczenia
wykorzystania amalgamatu
stomatologicznego w Polsce – sytuacja i
działania krajowe***

Spis treści:

1. Wstęp	str. 3
2. Konwencja z Minamaty	str. 4
3. Obowiązki wynikające z regulacji unijnych	str. 5
4. Amalgamat jako odpad – skala zjawiska	str. 6
5. Amalgamat stomatologiczny – koszty	str. 7
6. Separatory amalgamatu	str. 8
7. Konieczne do podjęcia działania	str. 9

1. Wstęp

Generalnym celem krajowego planu jest podjęcie działań zmierzających do osiągnięcia długoterminowego celu, jakim jest zapewnienie nietoksycznego środowiska naturalnego oraz wprowadzenie rozwiązań prawnych mających na celu minimalizację negatywnych skutków stosowania rtęci dla zdrowia ludzkiego i dla środowiska, w szczególności ograniczenie stosowania amalgamatu stomatologicznego do poziomu wynikającego z ustawodawstwa unijnego.

Zgodnie z danymi z Programu Środowiskowego Narodów Zjednoczonych (UNEP), zużycie amalgamatu stomatologicznego do plomb stanowi od 313 do 411 ton rtęci rocznie w skali światowej. Oznacza to, że stomatologia jest jednym z największych konsumentów rtęci na świecie. Zapotrzebowanie na rtęć w dentystyce jest większe niż popyt na ten pierwiastek w innych produktach – więcej niż w oświetleniu (120-150 ton), niż w urządzeniach pomiarowych (300-350 ton) i urządzeniach elektrycznych (170-210 ton). Chociaż z innych produktów zawierających rtęć jest ona stopniowo wycofywana, to amalgamat stomatologiczny staje się największym źródłem zanieczyszczenia rtęcią pochodzącą z produktów w skali globalnej.

Zanieczyszczenia rtęcią w dentystyce stanowią istotny problem w Europie. Zgodnie z wydanym w lipcu 2012 raportem BIO Intelligence Service (BIOIS)¹: *„Amalgamat stomatologiczny pozostaje jednym z największych źródeł zapotrzebowania na rtęć w Unii Europejskiej. W 2007 produkcja amalgamatu stomatologicznego była na drugim miejscu pod względem zużycia rtęci w UE, zaraz po wytwarzaniu związków chloroalkalicznych”* (których produkcja do 2020r ma być w UE jest wycofywana). Ocenia się, że amalgamat stomatologiczny stanowi w UE 21-32% całościowej emisji rtęci do powietrza oraz aż 9-13% całkowitej emisji rtęci do wód powierzchniowych.

Większość rtęci stomatologicznej nie jest wychwytywana przez separatory w klinikach dentystycznych – rtęć jest wynoszona z klinik w ludzkich zębach. W ten sposób rtęć stomatologiczna dostaje się do środowiska różnymi niekontrolowanymi ścieżkami. Dla przykładu, rtęć stomatologiczna zanieczyszcza:

- wodę poprzez ścieki z klinik dentystycznych i odpady
- powietrze poprzez kremację, emisje z klinik dentystycznych, spalanie osadów ściekowych, oddychanie
- grunty przez składowanie odpadów, pochówki, nawozy.

Raz obecna w środowisku rtęć stomatologiczna może się przekształcić w jeszcze bardziej toksyczną formę – metylortęć. Skutki zdrowotne obecności rtęci stomatologicznej w środowisku to uszkodzenie mózgu, problemy neurologiczne, szczególnie niebezpieczne w przypadku dzieci i kobiet w ciąży oraz płodów.

¹ BIO Intelligence Service (2012), Study on the potential for reducing mercury pollution from dental amalgam and batteries, Final report prepared for the European Commission - DG ENV

2. Konwencja z Minamaty

Konwencja z Minamaty² w sprawie rtęci - zawarta pod auspicjami Programu Narodów Zjednoczonych ds. Ochrony Środowiska - ustanawia międzynarodowy zestaw przepisów dotyczących współpracy i środków mających na celu ograniczenie stosowania rtęci i jej związków. Ponadto jego celem jest kontrola i redukcja antropogenicznych emisji (tj. wynikających z wpływu człowieka lub z nim związanych) rtęci i związków rtęci do atmosfery, wody i gruntu.

Konwencja obejmuje cały cykl życia rtęci. Zawiera artykuły, które wprowadzają:

- zakaz otwierania nowych kopalni rtęci i wycofywanie istniejących;
- ograniczenia w międzynarodowym handlu rtęcią;
- środki kontroli emisji i uwolnień;
- środki zakazujące produkcji, przywozu lub wywozu szeregu produktów z dodatkiem rtęci;
- środki mające na celu wycofanie stosowania rtęci w kluczowych procesach produkcyjnych;
- środki mające na celu wycofanie z użytku amalgamatu stomatologicznego;
- środki mające na celu zmniejszenie emisji rtęci z wydobycia i przetwarzania złota tradycyjnego i na małą skalę;
- środki mające na celu zapewnienie składowania przejściowego rtęci i związków rtęci w sposób bezpieczny dla środowiska i unieszkodliwiania odpadów rtęciowych w sposób bezpieczny dla środowiska.

Tekst Konwencji został uzgodniony w styczniu 2013 r. w Genewie, na forum Międzyrządowego Komitetu Negocjacyjnego. Konwencję podpisały m.in Stany Zjednoczone, Kanada, Australia, Chiny, Japonia, państwa Ameryki Łacińskiej, część państw kontynentu afrykańskiego, prawie wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej. Dokument wszedł w życie 16 sierpnia 2017 r., po jego ratyfikowaniu przez co najmniej 50 krajów, które podpisały Konwencję.

Rtęć jest wciąż stosowana w stomatologii jako materiał wypełnieniowy, mimo że istnieją na rynku materiały alternatywne. Jest ona neurotoksyną uszkadzającą układ nerwowy, sercowo-naczyniowy i inne. Biorąc pod uwagę, że amalgamat dentystyczny w 50% składa się z rtęci, Konwencja z Minamaty dotycząca rtęci wymaga od każdego państwa, które przystąpiło do konwencji ograniczenia użycia tego niebezpiecznego metalu ciężkiego.

Konwencja z Minamaty przewiduje, że każda ze stron, które związały się Konwencją, podejmie co najmniej dwa spośród dziewięciu wskazanych w Konwencji środków w celu zmniejszenia stosowania amalgamatu stomatologicznego. Wybierając te środki strony mają uwzględniać swoje własne krajowe warunki, ponieważ różnice pomiędzy państwami członkowskimi co do stosowania amalgamatu stomatologicznego, jego ilości, organizacji systemu opieki stomatologicznej i poziomu jej finansowania są nadal znaczące – w

² <http://www.mercuryconvention.org/>

niektórych państwach stosowanie amalgamatu stomatologicznego jest w ogóle zakazane (np. w Szwecji), a w niektórych znacznie ograniczone.

W dniu 17 maja 2017 r. Unia Europejska przyjęła rozporządzenie (UE) 2017/852 *w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008* (Dz.U. UE z 24.05.2017 r., L 137/1)³ w celu umożliwienia państwom członkowskim wdrożenia konwencji. Polskę jako państwo członkowskie Unii Europejskiej rozporządzenie to obowiązuje wprost. Obecnie trwa procedura ratyfikacji Konwencji z Minamaty przez Polskę.

3. Obowiązki wynikające z regulacji unijnych

Zgodnie z art. 10 rozporządzenia z dnia 17 maja 2017 r. *w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008* od dnia 1 lipca 2018 r. nie można stosować amalgamatu stomatologicznego w leczeniu zębów mlecznych w leczeniu stomatologicznym dzieci w wieku poniżej 15 lat oraz kobiet ciężarnych lub karmiących. Ten sam środek, zgodnie z ww. rozporządzeniem od dnia 1 stycznia 2019 r. może być stosowany wyłącznie w formie kapsułkowanej w odmierzonej dawce, zaś forma niekapsułkowana zostaje zakazana do stosowania przez lekarzy dentyków.

Od 1 stycznia 2019 r. zgodnie z ww. rozporządzeniem podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne, w których stosowany jest amalgamat stomatologiczny lub w których usuwane są wypełnienia z amalgamatu stomatologicznego lub zęby zawierające takie wypełnienia, zapewniają wyposażenie gabinetów w separatory amalgamatu do celów zatrzymywania

i zbierania cząstek amalgamatu, w tym również cząstek znajdujących się w zużytej wodzie. Zgodnie z przyjętą przez resort zdrowia i resort środowiska zasadą, w separatory nie będą musiały być wyposażone gabinety, w których ww. procedury nie są wykonywane lub w których nie wykorzystuje się amalgamatu w świadczeniu usług stomatologicznych, np. gabinety ortodontyczne czy protetyczne. W dużych wielostanowiskowych podmiotach realizujących świadczenia stomatologiczne wystarczy, że w urządzenie będzie wyposażone co najmniej jedno stanowisko dentyckie.

W styczniu 2019 r. ówczesne Ministerstwo Środowiska wystosowało w tej kwestii komunikat skierowany do Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, informując o swoim stanowisku i obowiązkach wynikających z rozporządzenia.

Stosownie do postanowień art. 10 ust. 6 ww. rozporządzenia odpady amalgamatu, w tym również pozostałości amalgamatu, jego cząstki, wypełnione wcześniej zęby, lub ich części, zanieczyszczone amalgamatem stomatologicznym powinny być przekazane do upoważnionego podmiotu specjalizującego się w gospodarowaniu odpadami (posiadającego zezwolenie na przetwarzanie lub zezwolenie na zbieranie tego rodzaju odpadów).

Stosowanie amalgamatu stomatologicznego odpowiada za największe zużycie rtęci w Unii i jest znaczącym źródłem zanieczyszczenia. Dlatego też należy stopniowo ograniczać stosowanie amalgamatu stomatologicznego zgodnie z Konwencją i planami krajowymi.

³ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=LEGISSUM:4304035>

Należy przyjąć szczególne profilaktyczne środki ochrony zdrowia w odniesieniu do podanych na zagrożenia grup ludności, takich jak dzieci oraz kobiety ciężarne lub karmiące piersią.

4. Amalgamat jako odpad – skala zjawiska

Badaniem Głównego Urzędu Statystycznego dotyczącym odpadów (formularz OS-6 „Sprawozdanie o odpadach”) nie są objęte podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne. Zgodnie bowiem z zapisami w Programie Badań Statystycznych Statystyki Publicznej, do składania sprawozdań OS-6 zobowiązane są jednostki (zakłady) wytwarzające w ciągu roku sumarycznie powyżej 1 tysiąca ton odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne (z wyłączeniem odpadów komunalnych). Zakłady wytwarzające odpady medyczne nie spełniają tego kryterium sprawozdawczego, w związku z czym statystyki powstałe w oparciu o dane pozyskiwane w ramach badania realizowanego na formularzu OS-6 nie zawierają informacji na temat odpadów o kodzie 18 01 10* - odpady amalgamatu dentystycznego.

Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach* (Dz. U. z 2020, poz. 797 i 875), odpady są zbierane w sposób selektywny, przy czym przepis ten dotyczy wszystkich rodzajów odpadów, w tym również odpadów amalgamatu dentystycznego (ex 18 01 10* Odpady amalgamatu dentystycznego⁴).

Dane na temat amalgamatu ex 18 01 10* dostępne będą w nowoutworzonej Bazie Danych o Produktach i Opakowaniach. Dane za 2019 r. powinny być dostępne najwcześniej pod koniec 2020 r. Należy jednak zwrócić uwagę, że dokładność gromadzonych informacji o ilości amalgamatu wymaga poprawy.

Zgodnie z przyjętym przez Radę Ministrów (uchwała nr 88 z dnia 11 sierpnia 2016 r. poz. 784) *Krajowym planem gospodarki odpadami 2022*, w zakresie odpadów medycznych i weterynaryjnych przyjęto następujące cele: 1) zapewnienie odpowiedniego rozmieszczenia, ilości oraz wydajności spalarni odpadów spalających odpady medyczne i weterynaryjne w ujęciu nie tylko krajowym, ale i regionalnym tak, aby ograniczyć transport tych odpadów w celu przestrzegania zasady bliskości; 2) podniesienie efektywności selektywnego zbierania odpadów medycznych i weterynaryjnych, w tym segregacji odpadów u źródła powstawania; 3) ograniczenie ilości odpadów innych niż niebezpieczne w strumieniu odpadów niebezpiecznych.

Kierunki działań nakreślone w krajowym planie gospodarki odpadami to: 1) działania informacyjno-edukacyjne w zakresie należytego postępowania z odpadami medycznymi i weterynaryjnymi, w tym segregacja u źródła powstawania; 2) budowa nowych i modernizacja istniejących instalacji mających na celu termiczne przekształcanie odpadów medycznych i weterynaryjnych lub modernizacja istniejących instalacji ze wskazanych wyżej grup w celu dostosowania ich do przekształcania zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych; 3) prowadzenie cyklicznych kontroli podmiotów wytwarzających odpady medyczne i weterynaryjne w zakresie zgodności postępowania z obowiązującymi przepisami prawa; realizacja przez właściwe organy kontrolne przeglądów funkcjonowania spalarni

⁴ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. poz. 10).

odpadów medycznych i weterynaryjnych przynajmniej raz w roku również w celu ustalenia ich rzeczywistej oraz maksymalnej wydajności.

Niemniej jednak, w przypadku odpadów medycznych i weterynaryjnych, w tym odpadów amalgamatu dentystycznego, trudno jest mówić o przewidywalności wytwarzania odpadów z tej grupy. Ponadto zastosowania nie znajdują działania dotyczące zapobieganiu powstawania odpadów.

Aktami prawnymi obowiązującymi również w zakresie gospodarowania odpadami medycznymi są: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie *szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi* (Dz. U. poz. 1975) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2016 r. w sprawie *wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych* (Dz. U. poz. 1819).

Zgodnie z przepisami rozporządzenia z dnia 21 października 2016 r., dopuszczalnym sposobem unieszkodliwiania odpadów amalgamatu dentystycznego (z wyłączeniem odpadów o właściwościach zakaźnych) ex18 01 10* jest obróbka fizyczno-chemiczna z wyłączeniem autoklawowania, dezynfekcji termicznej, działaniami mikrofalami, jeżeli zastosowana w tej obróbce technika zapewnia bezpieczne dla środowiska oraz dla życia i zdrowia ludzi unieszkodliwianie odpadów (D9). Natomiast w odniesieniu do odpadów medycznych i odpadów weterynaryjnych o właściwościach zakaźnych, jedynym dopuszczalnym sposobem ich przetwarzania jest przekształcanie termiczne w spalarniach odpadów niebezpiecznych.

5. Amalgamat stomatologiczny - koszty

Jeden gram amalgamatu kosztuje mniej więcej 5 zł, a kompozytu ok 10 zł. Jednogramowa kapsułka stosowana w gabinetach stomatologicznych składa się z 500 mg + 500 mg rtęci. Ciężar właściwy kompozytu wynosi ok 2,5 g/cm³, a amalgamatu ok 12,5 g/cm³ – (ciężar właściwy rtęć 13,54 g/cm³, srebro 10,5, cynk 7,13, miedź 8,96). Można więc przyjąć, że 1 gram kompozytu wypełnia minimum czterokrotnie większy ubytek przy cenie 2 razy wyższej za gram amalgamatu.

Przy tym należy jednak wziąć pod uwagę, że podana cena kompozytu dotyczy w zasadzie tylko kompozytów chemoutwardzalnych. Biorąc pod uwagę, iż amalgamat jest bardzo wytrzymałym wypełnieniem, porównania w zakresie kompozytów możemy dokonać jedynie w stosunku do dobrej klasy kompozytów światłoutwardzalnych. Cena 3,5 gramowego opakowania to wydatek od 100 do 120 zł. Zarówno do ceny wypełnień chemoutwardzalnych, jak i światłoutwardzalnych należy doliczyć niemały koszt systemu wiążącego. W przypadku materiału światłoutwardzalnego znaczącym kosztem jest czas potrzebny na jego warstwową polimeryzację oraz trudniejsze niż w przypadku amalgamatu wykończenie wypełnienia. Istotne jest również, iż koszt samego materiału nie jest jedynym czynnikiem składającym się na koszt udzielania świadczenia.

Choć brak jest dostępnych danych odnośnie wolumenu świadczeń wypełnień amalgamatowych to dane pochodzące z rynku wskazują, że odsetek wypełnień amalgamatowych w Polsce nie stanowi dużego procenta.

6. Separatory amalgamatu

Separator amalgamatu jest urządzeniem stomatologicznym służącym do zatrzymywania i zbierania cząstek amalgamatu – w tym również cząstek znajdujących się w zużytej wodzie. Separator zbiera rtęć, która znajduje się „w linii” pomiędzy pompą a kanalizacją. Ścieki dentystyczne przepływają przez przewód podciśnieniowy i przechodzą przez separator amalgamatu, w którym oddzielają się i zbierają fragmenty zębów, amalgamat oraz rtęć.

Separatory dzielimy na 3 rodzaje w zależności od sposobu separacji amalgamatu:

1. Dynamiczne - aktywna wirówka, która separuje amalgamat - sprawność na poziomie 95-97%. Są to konstrukcje wprowadzone na rynek równoległe z obowiązkiem instalacji separatorów w gabinetach w krajach zachodnich i one ukształtowały wiedzę o separatorach po dzień dzisiejszy.

Cena w Polsce: 6500 – 8000 zł, montaż 3-5 godzin. Wymaga specjalistycznego serwisu.

2. Sedymentacyjne - czyli osadnikowe - sprawność 96 - 98%.

Cena 1200-3200 zł, Montaż 1-2 godziny. Nie wymaga specjalistycznego serwisu.

3. Filtracyjne - działają podobnie jak filtr do wody - sprawność 99,6% - wprowadzone na rynek około 10 lat temu w USA.

Montaż 1-2 godzin. Nie wymaga specjalistycznego serwisu. Cena – 1000 – 3000 zł (ceny brutto).

Poza instalacją, o której mowa w pierwszym akapicie – tj. „instalacją na linii pompa – odpływ ścieków”, funkcjonować powinien jeszcze zawór spluwaczkowy, kierujący do obiegu związanego z separatorem wodę ze spluwaczki. We wszystkich bowiem unitach stomatologicznych woda ze spluwaczki przechodzi bezpośrednio do urządzeń kanalizacyjnych.

Na bazie szczegółów technicznych można poczynić również uwagę opartą na szacunkach firm handlujących sprzętem stomatologicznym, że nawet 30% unitów stomatologicznych w Polsce nie ma instalacji pompy, w części unitów nie ma możliwości zamontowania zaworu spluwaczkowego, toteż w części gabinetów bezwzględny wymóg montażu separatora może spowodować konieczność uprzedniej wymiany całego kosztownego urządzenia.

Ponadto należy zwrócić jeszcze uwagę na trzy kłopotliwe aspekty techniczne związane z instalacją separatora:

- 1) Separator umieszczony poza pompą separuje nie tylko amalgamat, ale w zasadzie wszystko, co różni się ciężarem właściwym od wody. Skutkiem tego, w niedługim czasie wymaga on albo czyszczenia albo wręcz nawet dość drogiej wymiany osadnika.
- 2) Znaczna część oferowanych na rynku separatorów sedymentacyjnych charakteryzuje się przepływem wynoszącym 1,5 litra / minutę, podczas gdy umieszczona wcześniej pompa ma wydajność 4,5 litrów / minutę. W prosty sposób grozi to zalaniem i w konsekwencji uszkodzeniem pompy. Są oczywiście separatory dostosowane do wydajności pomp, ale są to instalacje, których koszt oscyluje wokół kwoty 10 tys. zł.

Należy zauważyć, że w sytuacji niskiej wyceny świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych, nałożenie na świadczeniodawców obowiązku poniesienia nakładów finansowych na zakup i serwisowanie separatora może przyczynić się do odejścia stomatologów do sektora prywatnego,

Przewidując obowiązek wyposażenia gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu, Naczelna Rada Lekarska, w pismach kierowanych do Ministerstwa Zdrowia, sygnalizowała konieczność zrefundowania stomatologom kosztów zakupu i serwisowania separatorów amalgamatu.

7. Konieczne do podjęcia działania:

1. Inwentaryzacja gabinetów, w których prowadzi się działania związane z amalgamatem stomatologicznym.

Kluczową kwestią przy wycofywaniu amalgamatu stomatologicznego jest pozyskanie wiarygodnych, aktualnych danych dotyczących skali wykorzystywania i odzyskiwania amalgamatu stomatologicznego. Taka wiedza pozwoli na lepsze ukierunkowanie prowadzonych działań, aby zapewnić im możliwie najwyższy stopień efektywności.

2. Wprowadzenie obowiązku stosowania amalgamatu stomatologicznego w formie kapsułkowej

Należy wprowadzić zakaz stosowania rtęci w formie niekapsułkowej. Kapsułki amalgamatu, takie jak opisane w normach europejskich EN ISO 13897:2004 i EN ISO 24234:2015 są uważane za odpowiednie do użytku przez lekarzy dentystów.

Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego wśród materiałów stomatologicznych stosowanych w leczeniu stomatologicznym jest amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2.

W Polsce powszechnie jest obecnie stosowanie amalgamatu właśnie w formie kapsułkowej, choć warto nadmienić, że materiał ten wykorzystywany jest głównie przez lekarzy dentystów wykonujących świadczenia zdrowotne na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a zdecydowanie rzadziej, czy nawet w ogóle, w gabinetach udzielających świadczeń poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Stosowanie separatorów amalgamatu w gabinetach stomatologicznych

Stosowanie separatorów amalgamatu w gabinetach stomatologicznych, w których stosuje się amalgamat stomatologiczny lub wypełnienia z amalgamatu stomatologicznego, lub w którym usuwa się zęby zawierające takie wypełnienia, powinno być obowiązkowe, aby zapewnić ochronę lekarzy dentystów i pacjentów przed narażeniem na działanie rtęci oraz w celu zapewnienia, aby powstałe odpady były zbierane i unieszkodliwiane zgodnie z należytą gospodarką odpadami oraz aby w żadnych okolicznościach nie były uwalniane do środowiska. Należy określić minimalną skuteczność separatorów amalgamatu pod względem

poziomu zatrzymania. Zgodność separatorów amalgamatu powinna być określana według odpowiednich norm, takich jak norma europejska EN ISO 11143:2008.

Należy uzupełnić koszyk świadczeń gwarantowanych o materiały mogące zastąpić amalgamat, z zapewnieniem należytej wyceny świadczeń udzielanych w nowym standardzie oraz świadczenia usunięcia wypełnienia amalgamatowego, jako świadczenia gwarantowanego.

Planowane jest wprowadzenie w załączniku nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 z późn. zm.) zapisów pozwalających uzyskać wyższą punktację w postępowaniu konkursowym przez tych świadczeniodawców, którzy będą wykazywali obecność separatora amalgamatu w gabinecie stomatologicznym. Świadczenie „usunięcie wypełnienia amalgamatowego” będzie wyceniane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a świadczeniodawcy posiadający separatory amalgamatu, u których usuwane są wypełnienia amalgamatowe będą mieli refundowane koszty udzielania przedmiotowego świadczenia.

4. Szkolenia dla studentów stomatologii i lekarzy dentystów

Szkolenia dla studentów stomatologii i lekarzy dentystów dotyczące stosowania bezrtęciowych alternatyw, w szczególności dla grup ludności podatnych na zagrożenia, takich jak dzieci i kobiety ciężarne lub karmiące piersią, a także prowadzenie badań i innowacje w dziedzinie zdrowia jamy ustanej w celu podniesienia poziomu wiedzy na temat istniejących materiałów i technik rekonstrukcji oraz w celu tworzenia nowych materiałów.

5. Działania profilaktyczne

W opinii samorządu lekarskiego⁵ najskuteczniejszą metodą redukcji stosowania amalgamatu stomatologicznego, a co za tym idzie zawartej w nim rtęci, jest wzmożenie działań, w szczególności działań profilaktycznych, w celu redukcji występowania choroby próchniczej w populacji, zapobiegania rozwojowi próchnicy pierwotnej.

Wejście w życie projektowanych rozwiązań w obecnym kształcie planu nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych w zakresie środków krajowych dla sektora finansów publicznych, w tym dla budżetu państwa i Narodowego Funduszu Zdrowia, a ewentualne skutki zostaną sfinansowane w ramach środków dotychczasowych dysponentów, bez możliwości ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa.

Działania na rzecz wycofania amalgamatu są przedstawione w tabeli działań, stanowiącej załącznik do niniejszego planu.

⁵ Stanowisko Nr 6/16/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 lutego 2016 r. w sprawie projektu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008.