**Krajowy plan dotyczący środków, jakie Polska zamierza wdrożyć   
w celu stopniowego ograniczenia stosowania amalgamatu stomatologicznego**

**Spis streści:**

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. 7
7. Konieczne do podjęcia działania str. 8

Załącznik:

1. Działania na rzecz wycofywania amalgamatu – tabela

**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 również w Europie. Zgodnie   
z wydanym w lipcu 2012 raportem BIO Intelligence Service (BIOIS)[[1]](#footnote-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.

**Konwencja z Minamaty**

Konwencja z Minamaty[[2]](#footnote-2) w sprawie rtęci - zawarta pod auspicjami [Programu Narodów Zjednoczonych ds. Ochrony Środowiska](http://www.unep.org/about/) - 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 niektórych państwach stosowanie amalgamatu stomatologicznego jest w ogóle zakazane (np. w Szwecji),   
a w niektórych znacznie ograniczone.

Środki wymienione w Konwencji z Minamaty służące ograniczeniu stosowania amalgamatu to m.in.: stosowaniu amalgamatu stomatologicznego wyłącznie w formie kapsułkowanej, obowiązkowe wyposażenie wszystkich gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu, promowanie alternatywnych do amalgamatów materiałów do wypełnień i badania naukowe w zakresie tych materiałów, promocja zdrowia.

W dniu 17 maja 2017 r. Unia Europejska przyjęła [rozporządzenie (UE) 2017/852](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/AUTO/?uri=celex:32017R0852) *w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008* (Dz.U. UE z 24.05.2017 r., L 137/1)[[3]](#footnote-3) w celu umożliwienia państwom członkowskim wdrożenia konwencji. Polskę jako państwo członkowskie Unii Europejskiej rozporządzenie to obowiązuje wprost.

**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 w 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 dentystów.

Od 1 stycznia bieżącego roku 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 dentystyczne.

W styczniu 2019 r. 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. Należy przyjąć szczególne profilaktyczne środki ochrony zdrowia w odniesieniu do podatnych na zagrożenia grup ludności, takich jak dzieci oraz kobiety ciężarne lub karmiące piersią.

**Amalgamat jako odpad – skala zjawiska**

Badaniem GUS dotyczącym odpadów (formularz OS-6 „Sprawozdanie o odpadach”) nie są objęte pomioty 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. Dane na temat amalgamatu są dostępne w zasobach informacyjnych Ministerstwa Środowiska (Centralny System Odpadowy – CSO). Zgodnie z informacjami uzyskanymi przez GUS z ww. systemu CSO,   
w 2016 r. ilość wytworzonych w kraju odpadów o kodzie 18 01 10\* wyniosła 2,2136 tony.

Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach* (Dz. U. z 2019, poz. 701 i 730), 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 dentystycznego).

Natomiast *Krajowy plan gospodarki odpadami 2022*, przyjęty przez Radę Ministrów uchwałą nr 88 z dnia 1 lipca 2016 r. (M.P. poz. 784), stanowi, że w gospodarce odpadami medycznymi i weterynaryjnymi przyjęto m. in. następujące cele: podniesienie efektywności selektywnego zbierania odpadów medycznych i weterynaryjnych, w tym segregacji odpadów u źródła powstawania, a także prowadzenie następujących działań informacyjno-edukacyjnych   
w zakresie należytego postępowania z odpadami medycznymi i weterynaryjnymi, w tym segregacja u źródła powstawania czy też prowadzenie cyklicznych kontroli podmiotów wytwarzających odpady medyczne i weterynaryjne w zakresie zgodności postępowania   
z obowiązującymi przepisami prawa.

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 powstawaniu 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. z 2018 r. 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.

**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. Wniosek - kompozyt jest dwa razy tańszy od amalgamatu. Gdyby amalgamat wycofano, świadczeniodawcy mogliby zaoszczędzić 50 % pieniędzy na zakupie materiałów wypełnieniowych.

Narodowy Fundusz Zdrowia podaje, że rocznie płaci za ponad 13 000 000 wypełnień amalgamatowych, które po jakimś czasie trzeba będzie usunąć, a rtęć zawarta tylko w jednym wypełnieniu, zanieczyszcza od 100 do 300 metrów sześciennych wody, czyli ilość porównywalną ze średnim rocznym zużyciem przez gospodarstwo domowe. Łącznie gabinety zrzucają do kanalizacji ponad 6,5 tony rtęci rocznie. Dane te są wynikiem badań, *Analiza kosztów i korzyści dla zdrowia ludzkiego i środowiska związanych z redukcją emisji rtęci   
w Polsce,*  jakie przeprowadziła firma Nilu Polska z Katowic w 2009 roku na zlecenie Ministra Środowiska[[4]](#footnote-4).

**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 równolegle 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. Możliwy jest samodzielny montaż. Cena – 1000 – 3000 zł. ( ceny brutto ).

**Konieczne do podjęcia działania:**

1. **Wyznaczenie celów dotyczących minimalizacji używania amalgamatu, biorąc pod uwagę następujące kroki:**

* zaangażowanie interesariuszy, dentystów oraz organizacji środowiskowych do prowadzenia konsultacji, warsztatów oraz spotkań
* określenie ilości zużywanego amalgamatu rocznie przez dentystów w całym kraju, wymaganie od producentów informacji na temat ilości sprzedawanego amalgamatu, śledzenie ilości importowanego amalgamatu w postaci kapsułek
* wytyczanie celów: długoterminowych (całkowite wycofanie amalgamatu z użytku) lub krótkoterminowych (zmniejszenie % użytkowania amalgamatu, poprzez wycofanie go z poszczególnych placówek)
* ustalenie wytycznych w jakich sytuacjach amalgamat może być stosowany (np. zakaz stosowania amalgamatu w przypadku leczenia dzieci lub kobiet w ciąży i karmiących piersią)
* zakaz handlu amalgamatem dentystycznym (stosowanie ulepszonych kodów Zharmonizowanego Systemu HS, które umożliwią identyfikację tego materiału   
  i ograniczą jego import i eksport z kraju)
* ograniczenie darowizn poprzez przekonanie międzynarodowych agencji dawców, wspierających leczenie rtęciowe do wstrzymania swoich działań i zmiany celów
* wytyczenie konkretnej daty zakończenia korzystania z amalgamatu w całym kraju
* obserwacja postępów podjętych działań i kontrola ilości zużywanego amalgamatu   
  w regularnych odstępach czasowych.

1. **Obowiązek stosowania amalgamatu stomatologicznego w formie kapsułkowanej**

Należy zakazać lekarzom dentystom stosowania rtęci w formie niekapsułkowanej. 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 ze stanowiskiem przedstawionym przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 lutego 2016 r. samorząd lekarski popiera proponowany w art. 10 ust. 1 projektu obowiązek stosowania amalgamatu stomatologicznego w formie kapsułkowanej[[5]](#footnote-5).

W Polsce powszechne 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.

1. **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.

1. **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 tak że 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.

Aktualizacja programów nauczania w szkołach poprzez:

* informowanie dentystów o niebezpieczeństwie jakie niesie ze sobą stosowanie amalgamatu stomatologicznego i jakie szkody wyrządza to środowisku
* uświadomienie o zaletach, jakie płyną ze stosowania bezrtęciowych wypełnień, które prezentują działania mało inwazyjne
* zachęty dla szkół do wprowadzenia nowego modelu nauczania, przedstawiającego minimalnie inwazyjne metody stomatologiczne
* nacisk na szkolenie w zakresie stosowania bezrtęciowych wypełnień protetycznych
* zaprzestanie finansowania zakupów amalgamatu dentystycznego do celów szkoleniowych na uczelniach
* wytyczenie daty zakończenia korzystania z amalgamatu w klinikach szkół dentystycznych.

1. **Kontrole w gabinetach stomatologicznych**

W gabinetach dentystycznych muszą być przeprowadzane kontrole pod kątem obchodzenia się z rtęcią stomatologiczną. Obecnie zadanie to realizuje Państwowa Inspekcja Sanitarna.   
W przypadku ewentualnego ustalenia w trakcie kontroli braku wyposażenia gabinetu stomatologicznego w separator amalgamatu w gabinecie dentystycznym Państwowa Inspekcja Sanitarna ma obowiązek informacyjny wobec podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii i organu rejestrowego oraz ewentualne powiadomienia organów Inspekcji Ochrony Środowiska w celu podjęcia przez nie stosownych działań.

1. **Modyfikacja programów rządowych i systemów ubezpieczeniowych w celu promowania wypełnień stomatologicznych bez rtęci, stosując następujące strategie:**

* wymaganie stomatologii bezrtęciowej w instytucjach i programach rządowych (finansowanie wyłącznie stomatologii bezrtęciowej przez rząd i opiekę zdrowotną, zakończenie w określonym terminie stosowania amalgamatu w niezależnych systemach opieki zdrowotnej i służbach zbrojnych)
* stopniowe wycofywanie finansowania oraz polis ubezpieczeniowych dla pracowników na leczenie przy użyciu amalgamatu i zastąpienie go innym materiałem
* zaprzestanie oraz ograniczenie kupna amalgamatu do użytku w rządowych placówkach i zakładach (zakup materiałów bezrtęciowych).

1. **Działania profilaktyczne**

W opinii samorządu lekarskiego[[6]](#footnote-6) 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.

1. **Podniesienie świadomości społecznej na temat rtęci w amalgamacie i promowanie bezrtęciowego wypełnienia stomatologicznego za pomocą strategii komunikacyjnych, takich jak:**

* środki masowego przekazu oraz broszury (przekazanie społeczeństwu informacji tj.: amalgamat zawiera około 50% rtęci, Unia Europejska i Konwencja z Minamaty wymagają wycofania stosowania amalgamatu, pacjenci powinni prosić o wypełnienia z innych materiałów bezrtęciowych)
* formularze zgody (wymagane od pacjentów przez dentystów przed zastosowaniem amalgamatu)
* plakaty promujące stomatologię bezrtęciową, które zostaną umieszczone w klinikach dentystycznych oraz rządowych placówkach opieki zdrowotnej
* on-line (umieszczenie szczegółowych informacji na rządowych stronach internetowych).

W załączeniu znajduje się zestawienia zadań, ramy czasowe, podmiot odpowiedzialny za wdrożenie zadania jak również źródło finansowania oraz mierniki, służące określeniu realizacji celu. Sprawozdawczość związana z realizacją zadań należy do ministra właściwego do spraw środowiska. Dokument ten może podlegać zmianom bądź uzupełnieniom.

**Działania na rzecz wycofywania amalgamatu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ramy czasowe** | **nazwa działania** | **podmiot odpowiedzialny** | **źródło finansowania** | **mierniki** |
| 2020 | 1. Obowiązek stosowania amalgamatu stomatologicznego w formie kapsułkowanej |  |  | Kontrole prowadzone w gabinetach stomatologicznych |
| 2020 | 2. Stosowanie separatorów amalgamatu w gabinetach stomatologicznych |  |  | Kontrole prowadzone w gabinetach stomatologicznych |
| 2030 | 3. Szkolenia dla studentów stomatologii i lekarzy dentystów |  |  |  |
| 2030 | 4. Kontrole w gabinetach stomatologicznych | Główny Inspektorat Sanitarny |  |  |
| 2030 | 5. Działania profilaktyczne |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. https://ec.europa.eu/energy/intelligent/projects/en/partners/bio [↑](#footnote-ref-1)
2. http://www.mercuryconvention.org/ [↑](#footnote-ref-2)
3. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=LEGISSUM:4304035 [↑](#footnote-ref-3)
4. **http://www.gios.gov.pl/images/dokumenty/raporty/etap1\_20101022.pdf (str. 29)** [↑](#footnote-ref-4)
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.** [↑](#footnote-ref-5)
6. **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.** [↑](#footnote-ref-6)