

STANOWISKO Nr 93/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 7 listopada 2025 r.

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego
rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia
stomatologicznego**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 7 października 2025 r. (znak: DLG.0210.2.2025.WS) zgłasza następujące uwagi do projektu:

Samorząd lekarski negatywnie opiniuje zmiany w załączniku nr 11 „*Wykaz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych*”. Projektowane rozporządzenie przewiduje odstępianie od szczegółowego określania rodzaju materiałów stomatologicznych do wypełnień ostatecznych (cementu szkłoionomerowego, cementu szkłoionomerowego o zwiększonej gęstości, cementu szkłoionomerowego wzmocnionego żywicą i kompozytowego materiału chemoutwardzalnego do wypełniania ubytków w zębach przednich górnych i dolnych) na rzecz określenia „materiały do wypełnień ostatecznych” ze wskazaniem, że wybór materiału do wypełnień ostatecznych zależy od decyzji lekarza w zależności od potrzeb leczniczych pacjenta, z wyłączeniem amalgamatu.

Zmiana w załączniku nr 11 do rozporządzenia będzie skutkowała tym, że do dyspozycji pacjentów postawione zostaną wszelkie dostępne na rynku materiały stosowane w praktyce dentystycznej, z wyjątkiem amalgamatu. Do koszyka świadczeń stomatologicznych zostaną zatem włączone kompozyty światłoutwardzalne na równych zasadach z innymi materiałami do wypełnień ostatecznych przy jednoczesnym braku zwiększenia wyceny świadczeń. Naturalne jest, że pacjenci będą oczekiwali zastosowania najlepszego i zarazem najdroższego materiału, na co nie

zostały przeznaczone środki z Narodowego Funduszu Zdrowia związane ze zmianą wyceny. Wprowadzenie opiniowanej zmiany przepisów będzie skutkowało poważnym zwiększeniem kosztów udzielania świadczeń przez lekarzy dentystów, a wzrost ten nie będzie równoważony przez stosowaną zmianę wyceny świadczeń stomatologicznych. W rezultacie koszt zapewnienia pacjentom lepszego standardu wypełnień zostanie sfinansowany nie przez publicznego płatnika, lecz przez lekarzy dentystów. W załączonej do projektu rozporządzenia Rekomendacji nr 31/2024 z dnia 17 kwietnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wskazuje się, że udział materiałów do wypełnień ostatecznych w uśrednionym koszcie świadczenia wynosi niecałe 6%, dlatego uznano, że nie jest to zmiana istotna dla kosztów świadczenia. Ze stanowiskiem tym nie sposób się zgodzić - wprowadzenie kompozytów światłoutwardzalnych istotnie rzutuje na koszty realizacji świadczenia przez lekarza dentystę, a to z uwagi na fakt, że ich stosowanie wymaga wyposażenia gabinetu stomatologicznego w odpowiedni sprzęt, który umożliwia prawidłowe przeprowadzenie procesu polimeryzacji - lampy polimeryzacyjnej, wymagającej regularnej kontroli natężenia światła, kalibracji i okresowej wymiany elementów (np. akumulatorów czy diod). Dodatkowo, niezbędne jest użycie systemów adhezyjnych i akcesoriów uzupełniających. Materiał światłoutwardzalny wymaga wysokiej precyzji i doświadczenia klinicznego - izolacji pola zabiegowego, warstwowej techniki nakładania i polimeryzacji kompozytu, dokładnego dopasowania koloru i modelowania, końcowego opracowania i polerowania z użyciem specjalnych narzędzi i materiałów. W powyższych względów zwiększone koszty stosowania tego materiału do wypełnień muszą zostać uwzględnione w zmianie wyceny Funduszu.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza ponadto zastrzeżenia do niekonsekwencji terminologicznej przyjętej w nowelizacji załącznika nr 11 – w ust. 1 tego załącznika jest mowa o materiałach do „wypełnień ostatecznych”, natomiast w ust. 2 jest mowa o materiałach do „wypełnień stałych”.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej domaga się również zmiany w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dotyczącym prawa do znieczulenia ogólnego przy wykonywaniu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Dokonane niedawną nowelizacją rozporządzenia poszerzenie kręgu osób uprawnionych do znieczulenia ogólnego zostało bardzo

dobrze przyjęte przez środowisko lekarzy dentystów jako zmiana korzystna dla pacjentów. Przepisy te wymagają jednak rewizji, o której wprowadzenie zwróciła się do Ministra Zdrowia Rada ds. Rozwoju Stomatologii przy Ministerstwie Zdrowia pismem z dnia 16 października 2025 r. (znak: nr sprawy: RKL.002.3.2022). W ślad za tym Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje, aby § 4 ust. 1a rozporządzenia otrzymał następujące brzmienie:

„§ 4 ust. 1a

Znieczulenie ogólne przysługuje:

1) dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, u których występują alergie na środki znieczulenia miejscowego;

2) dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia z zaburzeniami ogólnoustrojowymi, u których lęk związany z zabiegiem stomatologicznym lub obecność infekcji okołozębowych może negatywnie wpłynąć na stan ogólny pacjenta (w szczególności w chorobach kardiologicznych, neurologicznych, endokrynologicznych, onkologicznych, niedoborach odporności) – po przedstawieniu opinii lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny pacjenta;

3) dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia wymagającym pilnego usunięcia infekcji okołozębowych przed planowaną terapią onkologiczną, transplantacją szpiku lub narządu, przed zabiegiem kardiochirurgicznym;

4) dzieciom do ukończenia 3. roku życia niewspółpracującym mimo przeprowadzenia wizyty adaptacyjnej, z co najmniej 8 ubytkami próchnicowymi lub wymagającym leczenia co najmniej 4 zębów – endodontycznie lub ekstrakcji zębów, lub zabiegu chirurgicznego w obrębie jamy ustnej, lub zaopatrzenia pourazowych uszkodzeń zębów i okolicznych tkanek;

5) dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia niewspółpracującym, które nie pozwalają w opinii lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii stomatologicznej lub stomatologii dziecięcej na bezpieczne wykonanie zabiegu chirurgicznego w zakresie jamy ustnej lub leczenia ostrego, zębopochodnego stanu zapalnego w okolicy szczękowo-twarzowej.

W zakresie zmiany w załączniku nr 1 tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych” w lp. 63 zasadnie odstąpiono od precyzowania, że na rentgenodiagnostykę - zdjęcie pantomograficzne z opisem może kierować wyłącznie lekarz dentysta posiadający specjalizację lub lekarz dentysta w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Tożsamą zmianę zaproponowano również w załączniku nr 2 do rozporządzenia w tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i

młodzieży do ukończenia 18. roku życia” w lp. 56, w załączniku nr 2b w tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole „ w lp. 56, w załączniku nr 3 w tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym” w lp. 67, załączniku nr 4 tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS” w lp. 66, w załączniku nr 7 tabeli 1 „Wykaz świadczeń protetyki stomatologicznej” lp. 17, załączniku nr 8 tabeli 1 „Wykaz świadczeń protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki” lp. 26..

Zastrzeżenia budzi jednak przyjęcie takiej zmiany w załączniku nr 5 tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii” lp. 6, gdzie dotychczas na świadczenie „rentgenodiagnostyka - zdjęcie pantomograficzne z opisem” nie były nałożone dodatkowe wymogi poza tym, że miało być wykonywane w połączeniu ze świadczeniami chirurgii stomatologicznej i periodontologii i że przysługuje 1 raz na 3 lata. Po zmianie przepisu wpisowi do dokumentacji medycznej będzie musiało podlegać, że świadczenie jest zlecane w uzasadnionych medycznie przypadkach przy podejrzeniu nieprawidłowości rozwojowych zębów, zmian chorobowych w obrębie kości szczęk lub zapalenia przyzębia lub w diagnostyce ognisk infekcji zębo- i niezębopochodnych. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia Ministerstwo Zdrowia nie wskazało żadnych powodów, które uzasadniałyby zaostrenie wymogów wykonania tego świadczenia w załączniku nr 5, czyli przy udzielaniu świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nie zgłasza zastrzeżeń do zmiany w załączniku nr 1 w tabeli nr 1 lp. 65 gdzie uzupełniono opis świadczenia „Repozycja i unieruchomienie zęba lub grupy zębów” dodając do opisu okoliczność złamania korzenia zęba (dotychczas było w opisie tylko zwichnięcie). Tożsamą zmianę zaproponowano również w pozostałych załącznikach do rozporządzenia.

W załączniku nr 1 lp. 67 i lp. 68 zasadna jest propozycja rezygnacji z określania protezy całkowitej górnej oraz protezy całkowitej dolnej jako „protezy o charakterze

overdenture”. Tożsame zmiany zaproponowano także w pozostałych załącznikach do rozporządzenia. Niezasadny jest jednak zawarty tam wymóg przeleczenia endodontycznego wszystkich zębów pod protezę – wymóg taki nie ma uzasadnienia medycznego i jest nadmiarowy. Konieczne wydaje się uszczegółowienie jakich i ilu zębów ma dotyczyć ten zapis, jak również celowe jest dopisanie uwagi, że dopuszcza się pozostawienie nieprzeleczonych korzeni w przypadku ich całkowitej obliteracji. Niedostatecznie precyzyjne jest także określenie, że proteza ma być oparta na „zabezpieczonych korzeniach zębów” – proponuje się, aby uściślić, że chodzi o zabezpieczenie z wykorzystaniem uzębienia resztkowego.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski