



## Rekomendacja nr 41/2011

### Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z dnia 27 czerwca 2011 r.

#### **w sprawie usunięcia z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „ekstirpacja zdezewitalizowanej miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem – za jeden kanał” (Kod ICD-9-CM: 23.1208), dotyczącego dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia**

**Prezes Agencji nie rekomenduje** usunięcia świadczenia „ekstirpacja zdezewitalizowanej miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem – za jeden kanał” (kod ICD-9-CM: 1208), dotyczącego dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej, stanowiącego załącznik nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

#### **Uzasadnienie rekomendacji**

Prezes Agencji przychyliła się do Stanowiska<sup>1</sup> Rady Konsultacyjnej i nie rekomenduje usunięcia świadczenia „ekstirpacja zdezewitalizowanej miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem – za jeden kanał” (kod ICD-9-CM: 1208), dotyczącego dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej, stanowiącego załącznik nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144 i Nr 211, poz. 1638 z późn. zm.).

Warunki realizacji świadczeń z załącznika nr 9 są tożsame z warunkami wymienionymi w pozostałych załącznikach poza wykazem z załącznika nr 3. Usunięcie świadczenia z załącznika nr 9 może spowodować ograniczenie w dostępie dla pacjentów z bólem oraz trudnościami w spożywaniu bądź mówieniu, szczególnie w wypadku osób z obniżonym progiem bólu, osób niepełnosprawnych, itp.

#### **Problem zdrowotny**

Przyczyny martwicy oraz zgorzelinowego rozpadu miazgi zębów stałych niedojrzałych są takie same, jak w zębach dojrzałych, częściej jednak u pacjenta w wieku rozwojowym są związane bezpośrednio lub pośrednio z ostrymi urazami mechanicznymi.<sup>2</sup>

Luźna budowa tkanki gąbczastej kości szczęk u dzieci, słabsze jej zmineralizowanie oraz obfite unaczynienie sprzyjają szerzeniu się infekcji.

Ząb „niedojrzały” z martwicą lub ze zgorzelinowym rozpadem miazgi można leczyć jedynie w razie całkowitej pewności co do dobrego stanu ogólnego pacjenta. Wszelkie zabiegi w kanale korzeniowym należy wykonywać z dużą ostrożnością, aby nie doszło do rozprzestrzenienia zakażenia poza otwór



wierzchołkowy. W zębach z niezakończonym rozwojem korzenia trudno jest ustalić długość kanału. Długość robocza kanału powinna być o 1-2 mm krótsza niż długość radiologiczna, aby nie spowodować podrażnienia tkanki miazgowo-ozębnowej i pochewki Hertwiga. Niedokładne określenie długości kanału korzeniowego może spowodować komplikacje w leczeniu i gojeniu się tkanek okołowierzchołkowych oraz może zaburzyć formowanie się wierzchołka korzenia. Metody stosowane w zębach dojrzałych, takie jak pomiary przy użyciu aparatów elektronicznych, nie mają zastosowania u młodocianych pacjentów z powodu dużego błędu pomiaru, szczególnie w zębach znajdujących się w stadium rozwoju korzenia.<sup>2</sup>

Ze względu na niezakończony proces rozwoju kanały zębów z nieufornowanymi korzeniami wypełnia się dwuetapowo: w pierwszym etapie ze względu na trudności w dokładnym osuszeniu kanału i możliwość dalszego wzrostu korzenia (apeksyfikacja) wypełnia się go miękką i niedrażniącą pastą, w drugim etapie leczenia wypełnia się kanał jednym z materiałów stosowanych w zębach dojrzałych. Szeroki kanał korzeniowy, często lejkowato rozszerzony w okolicy wierzchołkowej, utrudnia usunięcie mas martwiczych miazgi. Należy dokładnie otworzyć komorę i całkowicie usunąć miazgę. Niecałkowite usunięcie miazgi może być przyczyną późniejszego przebarwienia korony zęba. Z kanału miazgę należy usunąć etapami.

W pierwszej kolejności opracowuje się  $\frac{2}{3}$  długości kanału, a następnie, stosując miazgociągi i sączki luźno nawinięte na igłę Millera. Mimo dużej szerokości anatomicznej kanału należy opracować go mechanicznie, aby usunąć najbardziej zakażone powierzchniowe warstwy zębiny. Do mechanicznego opracowania stosuje się głównie instrumenty typu Kerra, „szczurze ogony”, pilniczki Hedstroma. W celu wyjąłwienia nie stosuje się silnie działających środków chemicznych, gdyż mogą one działać toksycznie na tkanki okołokorzeniowe. Do wyjąłwienia i przemycia kanałów stosuje się 0,9-1% roztwór fizjologiczny NaCl, sterylną wodę, wodę utlenioną, 0,5-1 % podchloryn sodu, 0,03% roztwór chlorheksydyny, 0,3% Cetrimide, 1% Biosepl. Kanał suszy się papierowymi sączkami lub sączkami z waty na igłę Millera. Do kanału do czasu następnej wizyty zakłada się suchy sączek lub sączek zwilżony 10% preparatem Chloromycetin, 2% roztworem płynu Lugola, wodorotlenkiem wapnia. W długo trwających wysiękach zapalnych można założyć do kanału sączek z jodoformem lub pastą jodoformową na 2-3 tygodnie w celu wysuszenia kanału. Przypadki niecofania się objawów, a nawet wystąpienia obfitszego wysięku, mogą być spowodowane uczuleniem pacjenta na jodoform. Dobre wyniki w likwidowaniu wysięku uzyskuje się stosując preparat Septomyxin.<sup>2</sup>

Kanały zębów z nieufornowanymi korzeniami w pierwszym etapie leczenia wypełnia się pastą, która powinna mieć działanie wysuszające, bakterioobójcze, nie wywierać ucisku na okolice okołowierzchołkową, indukować dalszy wzrost korzenia oraz stymulować zamknięcie otworu wierzchołkowego (apeksyfikacja). Pastę tę powinno się łatwo wprowadzać do kanału (igłą Millera, Lentulo lub mikrostrzykawką), a potem usunąć po uformowaniu korzenia.

W drugim etapie leczenia, w czasie usuwania pasty położonej na początku leczenia, niejednokrotnie obserwuje się, że wierzchołkowa część kanału wypełniona jest miękką tkanką, reagującą bólem i krwawieniem w czasie próby jej usunięcia. Dlatego w wielu przypadkach konieczne jest wykonanie znieczulenia umożliwiającego całkowite opróżnienie kanału. Po przemyciu i osuszeniu kanału wypełnia się go na stałe, stosując materiały przyjęte w leczeniu kanałowym zębów dojrzałych.<sup>2</sup>

### **Aktualnie obowiązująca praktyka kliniczna**

Dane świadczenie może występować w więcej niż jednym załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144 i Nr 211, poz. 1638 z późn. zm.) . Bardzo często jedyną cechą różnicującą to samo świadczenie występujące w różnych załącznikach jest zmiana warunków jego wykonywania. Świadczenie, o którym mowa w zleceniu występuje w załącznikach 2,3,4 oraz w załączniku nr 9, z którego ma zostać usunięte według zlecenia Ministra Zdrowia.<sup>2</sup>

Warunki realizacji świadczeń z załącznika nr 9 są tożsame z warunkami wymienionymi w pozostałych załącznikach poza wykazem z załącznika nr 3.<sup>2</sup>

Należy zauważyć, że liczba świadczeniodawców na przestrzeni lat 2008- 2010 ma tendencje spadkową w 5 oddziałach wojewódzkich NFZ, w 1 jest to tendencja wzrostowa, a w pozostałych utrzymuje się na niezmiennym poziomie.<sup>2</sup>

Nie w każdym województwie znajduje się placówka pełniąca dyżur w przypadku doraźnej pomocy stomatologicznej. Brak możliwości objęcia pomocą doraźną wszystkich województw wynika z braku chętnych świadczeniodawców do składania ofert (według opinii NFZ kwoty ryczałtów są zbyt niskie w porównaniu do oczekiwań świadczeniodawców).<sup>2</sup>

### **Opis wnioskowanego świadczenia**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144 i Nr 211, poz. 1638 z późn.zm.) składa się z 11 załączników, w których wymienione są świadczenia gwarantowane.<sup>2</sup>

Świadczenia pogrupowano z uwagi na różne kryteria np. wiek świadczeniobiorców (do ukończenia 18 roku życia), możliwość wystąpienia u świadczeniobiorców chorób zakaźnych lub z uwagi na różne dziedziny stomatologii, w których świadczenie jest udzielane.<sup>2</sup>

Należy zauważyć, iż świadczenie o nazwie: „ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem – za 1 kanał” nie występuje pod taką nazwą w rozporządzeniu (pozycja 31.). W każdym załączniku ww. rozporządzenia występuje wyraz „ekstirpacja”. Według międzynarodowej klasyfikacji kodów ICD – 9 CM i wersji ICD – 9 PL wersja 5.10 (obowiązkowa dla świadczeniodawców) jedyną prawidłową formą językową jest ekstirpacja. Potwierdzają to również podręczniki akademickie oraz forma wymieniona w zleceniu. Można domniemywać błędy językowe w rozporządzeniu.<sup>2</sup>

### **Efektywność kliniczna, Bezpieczeństwo stosowania, Efektywność kosztowa**

Zgodnie z pismami Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2010 r. (znak pisma: MZ-MD-401-999-10/EHM/10), oraz 23 listopada 2010 r. (znak pisma: MZ-MD-401-999-14/EHM/10), odnośnie przygotowania rekomendacji Prezesa Agencji w przedmiotowej sprawie, nie ma potrzeby wykonywania raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej.

### **Wpływ na budżet płatnika**

Z NFZ uzyskano informację odnośnie sytuacji związanej ze stomatologiczną pomocą doraźną z podziałem na województwa za lata 2010 oraz 2011. W obu przypadkach są to zawarte kontrakty, a nie plany, może jeszcze dojść do konkursów dodatkowych, ale wtedy dane zmienią się tylko minimalnie.<sup>2</sup>

Sposób rozliczania płatnika ze świadczeniodawcą (na zasadach ryczałtowej odpłatności za wykonane świadczenia) powoduje brak możliwości przeprowadzenia pełnej analizy wpływu na budżet.<sup>2</sup>

Udział świadczeń pomocy doraźnej w całkowitej kwocie budżetu NFZ przeznaczanej na świadczenia stomatologiczne kształtował się następująco: środki NFZ przeznaczane na leczenie stomatologiczne (w zł) ■■■ w 2010 roku i ■■■ na rok 2011; w tym koszt świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej (w zł) odpowiednio ■■■ oraz ■■■, zatem udział kosztów pomocy doraźnej do całkowitej kwoty przeznaczanej przez NFZ na leczenie stomatologiczne wyniósł w roku 2010 0,49% a na rok 2011 przewidziano 0,51%.<sup>2</sup>

### **Podstawa przygotowania rekomendacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 22 września 2010 r. Ministra Zdrowia (znak pisma: MZ-MD-401-999-2/EHM/10), odnośnie przygotowania rekomendacji Prezesa Agencji w zakresie określonym załącznikiem, doprecyzowanego pismem z dnia 8 listopada 2010 r. (znak pisma: MZ-MD-401-999-10/EHM/10), a następnie z dnia 23 listopada 2010 r. (znak pisma: MZ-MD-401-999-14/EHM/10) w sprawie usunięcia świadczenia „ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem za jeden kanał” (kod ICD-9-CM: 23.1208), z wykazu świadczeń pomocy doraźnej, świadczenie dotyczy dzieci i młodzieży

do ukończenia 18 roku życia – załącznik nr 9, na podstawie art. 31 e ust. 1, art. 31f ust. 5 oraz art. 31h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), oraz po uzyskaniu Stanowiska Rady Konsultacyjnej nr 52/2011 z dnia 27 czerwca 2011 r. w sprawie usunięcia z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem – za 1 kanał” (KOD ICD-9-CM: 23.1208).

Zgodnie z pismami Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2010 r. (znak pisma: MZ-MD-401-999-10/EHM/10) oraz 23 listopada 2010 r. (znak pisma: MZ-MD-401-999-14/EHM/10), odnośnie przygotowania rekomendacji Prezesa Agencji w przedmiotowej sprawie, nie ma potrzeby wykonywania raportu.

#### **Piśmiennictwo**

1. Stanowisko Rady Konsultacyjnej nr 52/2011 z dnia 27 czerwca 2011 r. w sprawie usunięcia z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem – za 1 kanał” (KOD ICD-9-CM: 23.1208).
2. Raport skrócony AOTM-DS-0431-38(9)ŁB/2011. Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem za jeden kanał.