



Rekomendacja nr 42/2011

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

z dnia 27 czerwca 2011 r. w sprawie usunięcia z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału (kod IDC-9-CM:23.1209)”

Prezes Agencji nie rekomenduje usunięcia z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału (kod IDC-9-CM:23.1209)”.

Uzasadnienie rekomendacji

Prezes Agencji przychyliła się do stanowiska Rady Konsultacyjnej¹, iż niezasadne jest usunięcie z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału (kod IDC-9-CM:23.1209)”.

Ze względu na sposób rozliczania świadczeń pomocy doraźnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w postaci ryczałtu ocena wpływu świadczenia na koszty jest utrudniona. Z tego względu prognozowane wnioski o obniżeniu kosztów pomocy doraźnej oraz poprawie dostępności pozostałych świadczeń pomocy doraźnej po usunięciu świadczenia gwarantowanego Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału z zakresu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej są nieuzasadnione. Natomiast usunięcie przedmiotowego świadczenia i obniżenie poziomu finansowania może zmniejszyć już niskie zainteresowanie świadczeniodawców zawieraniem umów na świadczenie stomatologicznej pomocy doraźnej. Procedura będzie wykonywana w małej populacji chorych z nasilonymi dolegliwościami, u których stwierdzono zapalenie miazgi zęba.

Problem zdrowotny

Metoda ta polega na całkowitym wyłuszczeniu miazgi z komory i kanałów po jej uśmierceniu (dewitalizacji) oraz na wypełnieniu całej komory zęba. W metodzie tej wyróżnia się 2 możliwości: ekstyrpację niezwłoczną i ekstyrpację mumifikacyjną. W obu przypadkach w czasie pierwszej wizyty wykonuje się te same czynności, co w metodzie amputacji mortalnej. Polega to na usunięciu opatrunku z wkładką dewitalizacyjną, opracowaniu ubytku, łącznie z poszerzeniem ułatwiającym otwarcie komory i usunięciu miazgi komorowej. Jeśli środkiem dewitalizującym była pasta paraformaldehydowa to usunięcie miazgi kanałowej (ekstyrpacja) jest następną czynnością i w tym przypadku metoda ekstyrpacji niezwłocznej i mumifikacyjnej nie różnią się. Różnica powstanie w przypadku zastosowania do dewitalizacji środka nie zawierającego formaliny. Wtedy w postępowaniu pierwszym (niezwłocznym) ekstyrpacja miazgi nastąpi już podczas drugiej wizyty, a w postępowaniu drugim zostanie założona wkładka mumifikacyjna. Mumifikacja ma na celu wysuszenie miazgi, co spowoduje odstawanie jej od ścian zęba (ułatwia jej wyłuszczenie) oraz utworzenie na granicy miazgi i ozębnej linii demarkacyjnej, oddzielającej obie te tkanki wałem leukocytarnym. Wytworzenie się tej linii jest istotne, ponieważ wał leukocytarny zwiększa odporność ozębnej na zakażenia i urazy, pozwala na łatwiejsze oderwanie miazgi, co chroni ozębną przed uszkodzeniem, powoduje obliterację naczyń krwionośnych w okolicach otworu wierzchołkowego i pozwala uniknąć krwawienia w czasie wyłuszczenia miazgi.²



Tak więc w przypadku zastosowania ekstyrpacji niezwłocznej leczenie można zakończyć na drugiej wizycie po opracowaniu i wypełnieniu kanału, a w przypadku ekstyrpacji mumifikacyjnej dopiero na trzeciej wizycie. Jeśli jednak do dewitalizacji zastosuje się pastę paraformaldehydową, leczenie metodą mumifikacyjną można również zakończyć na drugiej wizycie. Metoda ekstyrpacji mortalnej nie jest metodą pewną. Dewitalizacja miazgi, nawet łagodniejszym środkiem, nie jest kontrolowana, nie wiadomo więc jakie będą losy tkanki między otworem fizjologicznym a anatomicznym po dewitalizacji. Jeśli ulegnie ona obumarciu, to wynik leczenia będzie podobnie niepewny jak po metodzie amputacji mortalnej.²

Według definicji przedstawionej w zleceniu Ministra Zdrowia ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału „Jest etapem mortalnej metody leczenia nieodwracalnych zapaleń miazgi, w związku z tym, że wynika z kontynuacji procesu leczenia nie jest świadczeniem pomocy doraźnej”. Wprowadzona zmiana ma na celu doprowadzenie do sytuacji, w której „wyłączenie tych świadczeń z katalogu świadczeń doraźnych spowoduje lepszą dostępność do opieki doraźnej w sytuacjach nagłych”.²

Aktualnie obowiązująca praktyka kliniczna

Dane świadczenie może występować w więcej niż jednym załączniku do tego rozporządzenia. 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 1,2,3,4 oraz w załączniku nr 9, z którego ma zostać usunięte według zlecenia Ministra Zdrowia.²

Świadczenie nie jest zastrzeżone dla wybranych zębów, świadczenie odnosi się do wszystkich zębów pacjenta tylko w wypadku zał. nr 2, więc nie jest tożsame ze świadczeniem, które znajdują się w zał. nr 9 (świadczenie jest udzielane z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych u osób powyżej 18 roku życia; nie dotyczy kobiet w okresie ciąży i połogu).²

Warunki realizacji świadczeń z zał. nr 9 są tożsame z warunkami wymienionymi w pozostałych załącznikach poza wykazem z zał. nr 2 i 3.²

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.²

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.²

Efektywność kliniczna

Przedmiot zlecenia nie obejmuje oceny efektywności klinicznej. Ekstyrpacja mortalna jest metodą niepewną. Losy tkanki między otworem fizjologicznym a anatomicznym po dewitalizacji są trudne do określenia ze względu na brak kontroli dewitalizacji miazgi. Podobnie jak w metodzie amputacji mortalnej wynik leczenia jest niepewny w przypadku, gdy tkanka ulegnie obumarciu (mogą wystąpić zmiany chorobowe w okolicy przywierzchołkowej).²

Efektywność kosztowa

Według uzasadnienia zlecenia Ministra Zdrowia ograniczenie wykonywania tych świadczeń z katalogu świadczeń doraźnych spowoduje lepszą dostępność do opieki doraźnej w sytuacjach nagłych. Brak jest dodatkowego uzasadnienia MZ w kwestii skutków finansowych po usunięciu świadczenia.²

Jeżeli zmniejszy się katalog świadczeń pomocy doraźnej można domniemywać, iż NFZ będzie weryfikować poziom finansowania świadczeń w załączniku nr 9, a co za tym idzie, może doprowadzić do sytuacji obniżenia wysokości ryczałtu za kontrakty z zakresu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej.²

Wpływ na budżet płatnika

W toku spotkań z przedstawicielami 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 zmieniają się tylko minimalnie.²

Liczba świadczeniodawców na przestrzeni lat 2008- 2010 ma tendencje spadkową w 5 oddziałach wojewódzkich NFZ, w 1 jest tendencja wzrostowa (Opolski OW NFZ), a w pozostałych utrzymuje się na niezmiennym poziomie.²

Liczba ryczałtów 12 godzinnych zawiera również w sobie ryczałty 24 godzinne (NFZ nie jest w stanie przedstawić danych z podziałem na ryczałty w ciągu dni powszednich trwających od godziny 19 do 7 oraz ryczałtów z sobót, niedziel oraz świąt - 24 godzinnych). Według danych NFZ na rok 2010 liczba ryczałtów 12 godzinnych wyniosła łącznie ponad ■■■ PLN, o łącznej wartości kontraktów około ■■■ PLN (średnia cena jednego ryczałtu około ■■■ PLN). Na rok 2011 liczba ryczałtów 12 godzinnych wyniosła łącznie ponad ■■■ PLN, o łącznej wartości kontraktów ponad ■■■ PLN (średnia cena jednego ryczałtu ponad ■■■ PLN).²

Należy zauważyć, że nie w każdym województwie znajduje się placówka pełniąca dyżur w przypadku doraźnej pomocy stomatologicznej. W 2008 i 2009 r. liczba świadczeniodawców świadczących stomatologiczną pomoc doraźną wynosiła ■■■. W 2010 r. zakontraktowano ■■■ świadczeniodawców w ■■■ Oddziałach Wojewódzkich NFZ (najwięcej w woj. lubelskim - ■■■ świadczeniodawców i mazowieckim – ■■■ świadczeniodawców), natomiast w 2011 r. świadczenia z tego zakresu zakontraktowano w ■■■ OW NFZ.²

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).²

Warunki realizacji świadczeń z zał. nr 9 są tożsame z warunkami wymienionymi w pozostałych załącznikach poza wykazem z zał. nr 3. Usunięcie świadczenia z zał. nr 9 może spowodować ograniczenie w dostępie dla pacjentów z bólem oraz trudnościami w jedzeniu bądź mówieniu szczególnie w wypadku osób z obniżonym progiem bólu, osób niepełnosprawnych itp.²

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

Środki finansowe przeznaczone przez NFZ na stomatologiczną pomoc doraźną w roku 2010 wyniosły ■■■ PLN, natomiast w roku 2011 obserwuje się wzrost do poziomu ■■■ PLN co stanowi odpowiednio 0,49% oraz 0,51% udziału w całkowitej kwocie przeznaczanej na świadczenia stomatologiczne w Polsce.²

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 z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału (kod IDC-9-CM:23.1209)”, na podstawie art. 31e 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 53/2011 z dnia 27 czerwca 2011r. w sprawie usunięcia z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału” (KOD ICD-9-CM: 23.1209)“.

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 53/2011 z dnia 27 czerwca 2011 r. w sprawie usunięcia z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Ekstirpcja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału” (KOD ICD-9-CM: 23.1209).
2. Raport AOTM-DS-431-19(27)/ŁB/2011, Usunięcie świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej Ekstirpcja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału, 2011.