



Rekomendacja nr 44/2011

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

z dnia 27 czerwca 2011 r. w sprawie usunięcia z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy (kod ICD-9CM:23.0101)”

Prezes Agencji rekomenduje usunięcie z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy (kod ICD-9CM:23.0101)”.

Uzasadnienie rekomendacji

Prezes Agencji przychylił się do stanowiska Rady Konsultacyjnej¹, iż zasadne jest usunięcie z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy (kod ICD-9CM:23.0101)”. Świadczenie nie ma charakteru doraźnego, a diagnostyczny i edukacyjny. 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, poprawie dostępności pozostałych świadczeń pomocy doraźnej, zwiększeniu świadomości prozdrowotnej oraz poprawie zgłaszalności pacjentów na badania profilaktyczne po usunięciu przedmiotowego świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej są nieuzasadnione.

Problem zdrowotny

Na postępowanie lekarsko-stomatologiczne składa się: wywiad, badanie przedmiotowe, rozpoznanie, plan profilaktyczno-leczniczy, dokumentacja medyczna.²

Wywiad ogólny rozpoczyna się od zebrania danych identyfikujących pacjenta. Następnie należy zebrać informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia.²

Do chorób, które wpływają na przebieg leczenia stomatologicznego zalicza się: choroby serca, choroby układu oddechowego, choroby nerek, choroby weneryczne i zakaźne, wirusowe zapalenie wątroby, cukrzycę, padaczkę, stany po przeszczepach narządów i związane z tym stosowanie leków immunosupresyjnych, przyjmowane leki oraz choroby alergiczne i uczulenia na leki/środki znieczulające. W przypadku kobiety zawsze należy upewnić się, czy nie jest ona w ciąży.²

Wywiad ogólny można przeprowadzić, dając pacjentowi do wypełnienia odpowiedni formularz historii choroby lub notując odpowiedzi pacjenta na zadawane w wywiadzie pytania. Wywiad szczegółowy dotyczy przyczyny zgłoszenia się do lekarza. Tą przyczyną może być: ból, trudności w jedzeniu, mówieniu, strach przed utratą zębów, nieprzyjemny zapach z ust, niezadowolający wygląd lub inne przyczyny.²

Pacjenci zgłaszający się do lekarza z bólem stanowią szczególną grupę pacjentów. W wywiadzie bardzo ważne jest ustalenie momentu pojawienia się pierwszych dolegliwości, wszelkie zmiany w czasie, a także wpływ innych czynników na rozwój choroby. Przy opisie dolegliwości bólowych należy zwrócić uwagę na moment pojawienia się, natężenie, czas trwania, lokalizację,



promieniowanie i wszystkie czynniki powodujące ich nasilenie, osłabienie lub ustąpienie. Ważne są również dolegliwości ogólnoustrojowe towarzyszące, takie jak gorączka, dreszcze, apatia, osłabienie, senność, jadłowstręt. Wszystkie informacje podawane przez pacjenta w opisie przebiegu choroby muszą być jednoznaczne i nie mogą nastroczać problemów interpretacyjnych.²

Badanie przedmiotowe może być przeprowadzone na jeden lub kilka z czterech sposobów: oglądanie, palpacja, opukiwanie, osłuchiwanie.²

Na podstawie analizy danych z wywiadu, badania klinicznego i badań dodatkowych lekarz ustala rozpoznanie. Odbyna się to na zasadzie porównania obrazu jednostki chorobowej stwierdzonej u pacjenta z wzorcowym obrazem choroby, powszechnie uznanym w medycynie. Zdarza się jednak, że dysponując zebrany materiałem diagnostycznym nie jest możliwe ustalenie pewnego rozpoznania. Czasami konieczna jest dalsza obserwacja pacjenta, zlecenie kolejnych badań dodatkowych lub skierowanie pacjenta na konsultację do odpowiedniego specjalisty. Stan taki określamy jako „stan do zdiagnozowania” (status pro diagnosi), przy rozpoznaniu podając przyczynę choroby. Jeżeli leczenie pacjenta było rozpoczęte przez innego lekarza, to należy podać aktualny stan, np. status post devitalisationem pulpae, status post extirpationem pulpae.²

Przed ustaleniem ostatecznego rozpoznania konieczne jest przeprowadzenie diagnostyki różnicowej, czyli wyeliminowanie poszczególnych jednostek chorobowych, które mogą dawać podobne objawy.²

Plan profilaktyczno-leczniczy jest ustalany indywidualnie dla każdego pacjenta i powinien opierać się na najnowszej wiedzy, uzyskanych informacjach o pacjencie i aktualnych możliwościach.²

Pacjent powinien być najpierw poinformowany o przyczynach choroby np. o wpływie złej higieny na zęby i przyzębie, o wpływie złej szczoteczki do zębów lub niewłaściwej metody szczotkowania na powstawanie ubytków pochodzenia niepróchnicowego.²

Przed rozpoczęciem leczenia należy pacjentowi uświadomić konieczność eliminacji czynników przyczynowych. W zasadzie lekarz nie powinien rozpoczynać leczenia skutków niewłaściwych zachowań pacjenta np. wypełniania ubytków próchnicowych, dopóki pacjent nie nauczy się dbałości o higienę jamy ustnej. Do postępowania profilaktycznego należy zaliczyć: naukę lub korektę sposobu szczotkowania zębów, informację o środkach dodatkowych do higieny jamy ustnej, profesjonalne zabiegi profilaktyczne oczyszczania zębów, zabiegi usuwania kamienia nazębnego, lakowanie i lakierowanie zębów, zalecenia dietetyczne w zależności od stanu zębów.²

U pacjentów ze złą higieną jamy ustnej bardzo pomocne w ich edukacji i umotywowaniu może być wybarwienie płytki nazębnej. Po ustaleniu planu postępowania profilaktycznego należy zaplanować kompleksowe leczenie pacjenta. Powinno ono uwzględniać leczenie chirurgiczne, zachowawcze, periodontologiczne, ortodontyczne i protetyczne. Celem takiego postępowania jest pełna rehabilitacja, czyli przywrócenie pacjentowi prawidłowej funkcji żucia, ale również zapewnienie estetycznego wyglądu. W planowaniu leczenia stomatologicznego należy uwzględnić: rozpoznanie, motywację pacjenta, ogólny stan zdrowia pacjenta, wiek.²

Biorąc pod uwagę kolejność planowanych zabiegów leczniczych, najczęściej rozpoczyna się leczenie od najbardziej zaawansowanych procesów chorobowych, takich jak eliminacja korzeni zębów nieprzydatnych w rehabilitacji protetycznej, leczenie zaawansowanych chorób przyzębia, leczenie zębów z głębokimi ubytkami próchnicowymi.²

Przed przystąpieniem do leczenia pacjenta należy poinformować o planowanych zabiegach leczniczych, o konsekwencjach, ryzyku i ewentualnej możliwości powikłań związanych z planowanym leczeniem. Każdy lekarz ma obowiązek proponować pacjentowi najskuteczniejszą metodę leczenia, a także informować o możliwościach zastosowania innego postępowania terapeutycznego. Ostateczna decyzja co do zastosowania konkretnej metody leczniczej powinna być uzgodniona z pacjentem. Należy podkreślić, że zgoda pacjenta na proponowane leczenie musi być swobodna, ale świadoma.²

Przebieg leczenia zgodnie z planem powinien być dokładnie zapisywany w historii choroby. W karcie pacjenta należy odnotowywać każdorazową jego wizytę, jej przebieg, zastosowane leczenie, ewentualnie nowe objawy choroby i powikłania.²

Instruktaż higieny powinien być z reguły przeprowadzany indywidualnie. Instruktaże grupowe są możliwe do zaakceptowania jedynie w środowiskach skupiających osoby będące na podobnym etapie rozwoju, mające w przybliżeniu jednakowe problemy zdrowotne. Może to być np. grupa przedszkolaków czy też klasa dzieci szkolnych. Taki instruktaż może jednak siłą rzeczy dotyczyć tylko ogólnych zagadnień, najważniejszych zasad dotyczących wszystkich jednakowo. Jego przeprowadzenie wymaga trochę innego podejścia do tematu, wykorzystania typowych dla masowego oddziaływania edukacyjnego pomocy dydaktycznych - tablic instruktażowych, slajdów czy też odpowiednio dużych rozmiarów modeli szczęk i szczoteczki. Nawet jednak instruktaż grupowy wymaga w końcowym etapie (kontrola) indywidualnego postępowania. Konieczne jest sprawdzenie prawidłowości wykonywanych zabiegów u każdego z pacjentów osobno. Prawidłowy, dokładny instruktaż higieny jamy ustnej powinien być przeprowadzony w gabinecie, na fotelu stomatologicznym. Najlepiej, jeśli jest to wydzielone stanowisko, na którym zatrudniona jest higienistka.²

Właściwy instruktaż powinien być poprzedzony badaniem stomatologicznym pacjenta. Określamy przede wszystkim stan jego uzębienia, a stąd wyciągamy choćby ogólne wnioski dotyczące skłonności do próchnicy (dokładniejszych danych mogą dostarczyć wspomniane wcześniej testy), badamy stan dziąseł i w ogóle przyzębia, predyspozycje do odkładania kamienia nazębnego, z wywiadu powinniśmy też uzyskać wiadomości na temat ogólnego stanu zdrowia, trybu życia, nałogów, dotychczasowych zwyczajów higienicznych. Wszystkie te dane są nam potrzebne dla prawidłowego przeprowadzenia instruktażu. Powinien on uwzględniać następujące zagadnienia: dobór szczoteczki do zębów (należy zalecać szczotki z włosia sztucznego o zaokrąglonych końcach włókien, o wielkości dostosowanej do wieku pacjenta, o odpowiedniej twardości włosia uzależnionej od stanu przyzębia), dobór pasty do zębów (w zależności od wieku pacjenta, stanu przyzębia, skłonności do próchnicy należy zalecać odpowiednio dobrane pasty do zębów), dobór techniki szczotkowania (wybór metody oczyszczania zębów musi być uzależniony od wieku, stanu przyzębia, zręczności, skrupulatności i ogólnego poziomu pacjenta). Techniki szczotkowania należy uczyć najpierw na modelu, następnie pacjent pokazuje - również na modelu - jak zrozumiał ten instruktaż. Pacjent musi być poinformowany, że szczoteczka nie wystarczy do oczyszczenia wszystkich powierzchni zębów. W związku z tym trzeba używać środków pomocniczych: nitki, wykałaczki, szczoteczek międzyzębowych itp.²

Według definicji przedstawionej w zleceniu Ministra Zdrowia badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz na 12 miesięcy jest to „świadczanie zdrowotne o charakterze diagnostycznym wraz z działaniami promocyjno - edukacyjnymi dotyczącymi właściwego dbania o higienę jamy ustnej w celu zachowania jej zdrowia. Świadczenie zdrowotne nie ma charakteru doraźnego.”²

Świadczenie jest udzielane zarówno w sytuacji braku choroby jak i w przypadku występowania chorób jamy ustnej i twarzoczaszki (np. próchnica zębów, choroby tkanek twardych zębów, choroby miazgi i tkanek około wierzchołkowych, zapalenie dziąseł i choroby przyzębia, nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i twarzoczaszki).²

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 1,2,3,4,5,7,8 oraz w załączniku nr 9, z którego ma zostać usunięte według zlecenia Ministra Zdrowia.²

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

Według opinii ekspertów wyłączenie tego świadczenia z pakietu pomocy doraźnej wpłynie na większą dostępność w sytuacjach nagłych wymagających natychmiastowej pomocy, a korzyścią zdrowotną uzyskaną przez pacjentów będzie ich świadomość, że badania kontrolne u lekarza dentysty winny być realizowane regularnie jako świadczenia zdrowotne, ale nie w trybie pomocy doraźnej.²

Efektywność kosztowa

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

Według opinii ekspertów usunięcie świadczenia obniży poziom finansowania świadczeń pomocy doraźnej. 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 to 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 19-7 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 14 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. Poza tym w momencie usunięcia w/w świadczenia zmniejszy się dostęp do możliwości skorzystania z profilaktyki higieny jamy ustnej co w konsekwencji może doprowadzać do wtórnych powikłań (próchnicy zębów, chorób tkanek twardych zębów, chorób miążgi i tkanek okołowierzchołkowych, zapaleń i chorób przyzębia itp.). Pacjent mający większą świadomość dbania o właściwy stan uzębienia stanowi mniejsze obciążenie dla budżetu płatnika publicznego.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 przeznaczane 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 „Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy (kod ICD-9CM:23.0101)”, 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 55/2011 z dnia 20 czerwca 2011r. w sprawie usunięcia z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy (Kod ICD-9CM:23.0101)”.

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 55/2011 z dnia 27 czerwca 2011 r. w sprawie usunięcia z wykazu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej świadczenia gwarantowanego „Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy (Kod ICD-9CM:23.0101)”.
2. Raport AOTM-DS-431-37(12)/ŁB/2011, Usunięcie świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy, 2011.