



Rekomendacja nr 52/2011

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
z dnia 25 lipca 2011 r.

w sprawie usunięcia z wykazu ogólnostomatologicznych świadczeń gwarantowanych świadczenia „operacyjne odstąpienie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku” (kod ICD-9-CM 23.1706), jako samodzielnej procedury wykonywanej w znieczuleniu ogólnym

Prezes Agencji **nie rekomenduje** usunięcia świadczenia „operacyjne odstąpienie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku” (kod ICD-9-CM 23.1706) (świadczenie dotyczy dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia), z załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. nr 140, poz. 1144 z późn. zm.), „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym”.

Uzasadnienie rekomendacji

Prezes Agencji, zgodnie ze stanowiskiem¹ Rady Konsultacyjnej, uważa za niezasadne usunięcie świadczenia „operacyjne odstąpienie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku” z załącznika nr 3 (Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym), do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego,

Świadczenie opieki zdrowotnej „operacyjne odstąpienie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku”, występujące w załącznikach nr 3 i 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. nr 140, poz. 1144 z późn. zm.), może być wykonane w znieczuleniu ogólnym jedynie w oparciu o załącznik nr 3.

Wykreślenie któregośkolwiek ze świadczeń z listy świadczeń gwarantowanych w znieczuleniu ogólnym skutkuje brakiem możliwości ich rozliczenia w ramach umowy zawartej na przedmiotowy zakres z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie z opinią przedstawioną przez NFZ², w tych samych godzinach lekarz nie może realizować dwóch lub więcej zakresów świadczeń. Dlatego należy przyjąć, że lekarz realizujący umowę na świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym



nie może w tym samym czasie rozliczać świadczeń stomatologicznych w ramach innych zakontraktowanych zakresów świadczeń.

W związku z powyższym, decyzja o usunięciu świadczenia z załącznika nr 3, spowoduje całkowite usunięcie świadczenia „operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku” (kod ICD-9-CM: 23.1706) – wykonywanego w znieczuleniu ogólnym. Świadczenie to nie byłoby już finansowane ze środków publicznych. Za znieczulenie ogólne przy wykonywaniu tego świadczenia pacjent musiałby płacić sam.

Problem zdrowotny

Zęby zatrzymane stanowią dość częsty problem, z którym spotyka się lekarz stomatolog, zwłaszcza ortodonta i chirurg. Określenie „zęby zatrzymane” dotyczy zębów całkowicie uformowanych z ukształtowanym i zamkniętym wierzchołkiem korzenia, pozostających w kości lub w tkankach miękkich jamy ustnej po okresie ich fizjologicznego wyrzynania. Należą do nich trzecie zęby trzonowe tzw. mądrości, podniebiennie przemieszczone kły górne, przedtrzonowce dolne. Powyższe zęby nie wykazują już tendencji wzrostowych. Brak wyrzynania się zęba z nieuformowanym wierzchołkiem po okresie przewidzianym dla danej grupy zębów i koroną przykrytą cienką blaszką kostną lub błoną śluzową jamy ustnej przemawia za opóźnionym wyrzynaniem. Ząb taki, wykazujący dynamikę wzrostową określa się, jako niewyrzynięty. Zaburzenie najczęściej dotyczy siekaczy centralnych i wargowo ustawionych kłów szczęk. Problem jest szczególnie ważny, gdyż obejmuje zęby w przednim odcinku szczęki – siekacze i kły. Ze względu na wartość estetyczną uzębienia i znaczenie w odtwarzaniu ciągłości łuku zębowego, istnieją wskazania do sprowadzania niewyrzyniętych i zatrzymanych zębów przednich.²

Leczenie chirurgiczno-ortodontyczne obejmuje operacyjne odsłonięcie niewyrzyniętych zębów lub zatrzymanych zębów oraz umieszczenie na powierzchni korony elementu ortodontycznego wraz z trakcją ortodontyczną wprowadzającą ząb do łuku zębowego, czego efektem jest prawidłowe ustawienie zęba w zgryzie.²

Istnieje wiele metod chirurgicznych pozwalających dotrzeć do zęba w zależności od jego wargowego lub podniebiennego położenia względem sąsiednich zębów. Jedną z pierwszych i najprostszych, stosowanych przy wargowej lokalizacji niewyrzyniętych siekaczy i kłów szczęki jest gingiwektomia, „excisional gingivectomy” obejmująca wycięcie śluzówki pokrywającej niewyrzynięty wargowo ząb wraz z odsłonięciem 1/2 do 3/4 powierzchni korony. Cięcie prowadzi się łukowato z pozostawieniem minimum 3-5 mm kołnierza dziąsłowego otaczającego przyszyjkową część korony zęba zatrzymanego. Po wycięciu tkanek miękkich, na powierzchni szklawa korony zęba zakłada się opatrunek chirurgiczny zapobiegający przerostowi dziąsła pozostawiając go na okres około 1 tygodnia. Tkanki dziąsła przyjmują odpowiedni kształt w okolicy szyjki korony zęba w ciągu 2-3 tygodni, co umożliwia umocowanie zamka ortodontycznego na powierzchni korony. Wskazane jest poinformowanie pacjenta o konieczności wzmożonej higieny jamy ustnej.²

Kolejną z wcześniejszych technik chirurgicznych związaną z chirurgicznym odsłonięciem zębów jest radykalne usunięcie zarówno kości, jak i tkanek miękkich pokrywających koronę zęba zatrzymanego „radical surgical exposure”. Utworzone „okienko” zostaje analogicznie zabezpieczone opatrunkiem chirurgicznym, a następnie na powierzchni odsłoniętej korony zęba zostaje umieszczony zamek ortodontyczny. W ten sposób zapewniona jest otwarta erupcja zęba, „open eruption”. Wskazaniem do zastosowania tej metody są zarówno niewyrzynięte wargowo siekacze i kły, jak i podniebiennie zatrzymane kły szczęki. Niektórzy autorzy uważają zastosowanie metody „okienkowej” za metodę z wyboru przy odsłanianiu niektórych podniebiennie zatrzymanych kłów, gdzie następuje wstępne wyrzynięcie zatrzymanego kła do jamy ustnej, a w dalszej kolejności przemieszczenie na właściwe miejsce w łuku zębowym.²

Powyższe metody ułatwiały wprawdzie umocowanie zamków lub innych zaczepów ortodontycznych, skupiając się na sprowadzaniu zęba do łuku zębowego, jednak sprawiały pacjentowi znaczny dyskomfort związany z ziarninującą raną i trudnością w utrzymaniu higieny.²

Obecne techniki chirurgiczne zwracają coraz większą uwagę na tkanki miękkie otaczające zatrzymany ząb i reakcję pooperacyjną na chirurgiczno-ortodontyczną ingerencję, oszczędzają dziąsło związane, szczególnie na wargowej powierzchni odsłanianych zębów. W przypadku wargowo niewyrzniętych zębów możliwe jest zastosowanie techniki wierzchołkowo przesuniętego płata „apically positioned flap” (APF). Zabieg obejmuje nacięcie i odwarstwienie trapezowego płata śluzówkowo-okostnowego na grzbiecie wyrostka zębodołowego, odciągnięcie płata ku sklepieniu przedsionka w celu odsłonięcia korony zęba. Uwidacznia się szkliwo korony zęba lub pokrywająca koronę cienka blaszka kostna, którą usuwa się wiertłem lub łyżeczką kostną. Usunięty zostaje również fragment mieszka łącznotkankowego pokrywającego odsłonięty fragment korony zęba. Przesunięty płat jest przyszywany do okostnej, pozostawiając odkrytą 1/2 do 2/3 powierzchni korony zęba. W zależności od położenia zęba płat zostaje przesunięty wierzchołkowo, gdy ząb ustawiony jest pośrodku między korzeniami bocznego siekacza i pierwszego przedtrzonowca, natomiast przy lokalizacji korony w bezpośrednim sąsiedztwie korzenia siekacza bocznego lub pierwszego przedtrzonowca, płat przesuwamy bocznie. Następnym etapem jest założenie opatrunku chirurgicznego, a po około tygodniu zamocowanie zamka i dalsza trakcja ortodontyczna podobnie, jak w poprzednich metodach. Podkreśla się oszczędne usuwanie tkanek miękkich i kości wyrostka zębodołowego dookoła szyjki zęba, a ochrona okolicy połączenia szkliwno-cementowego zapewnia w przyszłości prawidłowe wytworzenie struktur przyzębia, szczególnie przyczepu łącznotkankowego wyrzynającego się zęba. Planując przebieg cięcia przy wytwarzaniu płata należy zapewnić minimalnie 3 mm szerokość dziąsła związanego. Przyjmuje się, że szerokość 2-3 mm dziąsła zębodołowego warunkuje zabezpieczenie dziąsła brzeżnego przed urazami tkanek miękkich np. pociąganiem przez mięśnie mimiczne twarzy. Technika APF jest jedną z najczęściej stosowanych podczas odsłonięcia wargowo niewyrzniętych zębów, głównie kłów.²

W przypadkach położenia niewyrzniętych zębów wysoko w sklepieniu przedsionka, w pobliżu kolca nosowego lub śródwrostkowo (w wymiarze przedsionkowo-podniebiennym), zastosowanie powyższej metody jest trudne lub niemożliwe do wykonania. Postępowaniem z wyboru jest technika zamkniętego wyrzynania „closed eruption”, w której wykorzystuje się trapezowy płat śluzówkowo-okostnowy, odwarstwiony i odciągnięty ku sklepieniu przedsionka lub ku podniebieniu, co pozwala na uwidocznienie części korony niewyrzniętych zębów lub zatrzymanych zębów. Często istnieje konieczność usunięcia blaszki kostnej pokrywającej koronę, niekiedy dość grubej, szczególnie przy śródwrostkowym położeniu zęba. W ten sposób zostaje stworzony tor kostny w kierunku przyszłego ustawienia prowadzanego zęba. Po usunięciu części mieszka zębowego z powierzchni korony umieszcza się na niej zamek ortodontyczny z ligaturą lub łańcuszkiem, a płat śluzówkowo-okostnowy powraca na swoje pierwotne miejsce i zostaje przszyty celem całkowitego zamknięcia rany pooperacyjnej. Ligatura lub łańcuszek wychodzą spod płata w części środkowej grzbietu wyrostka zębodołowego. Uaktywnienie sił ortodontycznych spowoduje wyrznięcie zęba przez grzebień wyrostka zębodołowego. Wielu autorów podkreśla, że taki kierunek prowadzenia zęba do łuku naśladuje fizjologiczny proces wyrzynania się zębów i zapewnia na wargowej powierzchni odpowiednią ilość związanego dziąsła oraz umożliwia prawidłowe kształtowanie się przyzębia i spełnia wymogi estetyki.²

Rolę bezpiecznego prowadzenia zatrzymanego zęba w indywidualnych tunelach kostnych podkreślili w swoich badaniach Crescini i wsp., wykorzystując doniesienia Kohavi oraz Beckera o wpływie ilości kości znoszonej na drodze wyrzynającego się zęba. Potwierdzili, że znaczne odsłonięcie korony ułatwia erupcję, a jednocześnie doprowadza do utraty podparcia kostnego. Crescini i wsp. zaproponowali nową technikę odsłonięcia zatrzymanego zęba z wykorzystaniem zębodołu po usuniętym przetrwałym zębie mlecznym. Zabieg obejmuje wykonywanie i odwarstwienie płata śluzówkowo-okostnowego, a następnie perforację blaszki kostnej pokrywającej koronę zatrzymanego zęba w celu przyklejenia zamka ortodontycznego. Zębodoł należy pogłębić i po zniesieniu kości dochodzi się do guzka zatrzymanego zęba. Poprzez stwarzany tunel kostny, przeprowadza się łańcuszek ortodontyczny lub ligaturę łącząc je zamkiem przyklejonym na wargowej powierzchni korony. Płat zostaje przszyty w pierwotnej pozycji. Przebieg zębodołu nadaje ciąg trakcji ortodontycznej w kierunku grzbietu wyrostka zębodołowego, co sprzyja fizjologicznemu naśladowaniu wyrzynania zęba. Wykonane przez autorów badania kontrolne 3 lata po zabiegu,

wykazały pozytywne wyniki periodontologiczne i estetyczne. Pozytywne wyniki uzyskano także przy wytwarzaniu płyta od strony wargowej, jak i podniebiennej. Ograniczeniem wskazań do stosowania powyższej metody są przypadki, w których konieczne jest bardziej radykalne usunięcie kości lub tkanek miękkich pokrywających koronę odsłanianego zęba. Od czasu badań Vanarsdalla i Corna w 1977 roku zaczęto poszukiwać nowych metod oszczędzających tkanki miękkie podczas chirurgiczno-ortodontycznego sprowadzania zęba do łuku zębowego. Z doniesień Kokicha, Tina, Vermette, Romankiewicza wynika, że najbliższa spełnienia tych warunków jest metoda zamkniętego wyrzynania zatrzymanego zęba. Obecnie, oprócz sprowadzenia zęba do łuku, prawdziwym wyzwaniem dla chirurga i ortodonta jest zachowanie zdrowego przyzębia, przez co istnieją większe szanse na uzyskanie zadowalającego efektu estetycznego”.²

Wskazania do przeprowadzania zabiegów w znieczuleniu ogólnym w zakresie stomatologii klinicznej ograniczają się do następujących grup pacjentów: osoby chore psychicznie, osoby upośledzone umysłowo, osoby pobudliwe, nerwowo chore, z dentofobią; dzieci szczególnie nerwowe lub tzw. specjalnej troski; osoby ze stwierdzoną odpornością na środki znieczulające miejscowo; osoby z historią reakcji alergicznych po aplikacji środków znieczulających miejscowo; osoby z rozlanymi stanami zapalnymi okolicy szczękowotwarzowej; osoby zakwalifikowane do ekstrakcji mnogich w różnych sektorach jamy ustnej; osoby wnioskujące o przeprowadzenie zabiegów w znieczuleniu ogólnym.²

Każde znieczulenie i każdy zabieg chirurgiczny niesie za sobą ryzyko powikłań. Powikłania dotyczące znieczulenia ogólnego w chirurgii stomatologicznej stwarzające bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjenta to niewydolność oddechowa spowodowana przedawkowaniem anestetyków i analgetyków u pacjenta niezaintubowanego, niedrożność dróg oddechowych spowodowana aspiracją ciała obcego (zęb lub jego fragment, tampon) albo obrzękiem tkanek miękkich, zaburzenia rytmu serca związane z użyciem wziewnych anestetyków, a także hipotensja ortostatyczna, spowodowana pozycją siedzącą pacjenta. Krytycznym powikłaniem jest zatrzymanie akcji serca, wymagające natychmiastowego postępowania reanimacyjnego.²

Aktualnie obowiązująca praktyka kliniczna

Świadczenie opieki zdrowotnej „operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku” (kod ICD-9-CM 23.1706), występuje w załącznikach numer 3 i 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. nr 140, poz. 1144 z późn. zm.).²

Świadczenie nie wymienione w załączniku nr 3 do rozporządzenia, jeżeli jest udzielane pacjentowi w znieczuleniu ogólnym, jest w 100 % płatne przez pacjenta.²

W zakresie leczenia ogólnostomatologicznego udzielanego w znieczuleniu ogólnym średnia cena za punkt w 2010 r. wynosiła ■■■ zł, zaś w roku 2011 r. jest to ■■■ zł.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 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

Dane świadczenie może występować w więcej niż jednym załączniku do ww. rozporządzenia. Często jedyną cechą różnicującą to samo świadczenie występujące w różnych załącznikach jest zmiana warunków jego wykonywania.²

Świadczenie, o którym mowa w zleceniu zajmuje pozycję 61 w rozporządzeniu, nosi kod świadczenia 23.1706 i występuje w załącznikach numer 3 i 5 do ww. rozporządzenia.² Zdaniem ekspertów klinicznych [REDAKTOWANE]

Bezpieczeństwo stosowania

Dane dotyczące liczby zgonów oraz najczęstszych powikłań związanych ze stosowaniem znieczulenia ogólnego w praktyce stomatologicznej dostępne są w piśmiennictwie tylko odnośnie krajów anglojęzycznych, tj. Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz Kanady. Pochodzą one z retrospektywnych badań kwestionariuszowych i tyczą się głównie ambulatoryjnych praktyk stomatologicznych, wykonywanych przeważnie przez chirurgów stomatologicznych.²

W badaniu *Nkansah 1997* autorzy przedstawili dane za rok 1995 od lekarzy wykonujących znieczulenie ogólne w praktyce stomatologicznej (72,2% wszystkich do których została wysłana ankieta). Autorzy ekstrapolowali wyniki na wszystkich uprawnionych do przeprowadzania powyższych zabiegów. W podobny sposób przeanalizowano dane dotyczące liczby zabiegów w latach 1990-1994. Bazując na danych uzyskanych z poprzednich kwestionariuszy oszacowano liczbę wykonanych znieczuleń ogólnych lub głębokich sedacji w latach 1973-1995 na liczbę 2 830 tys. W dalszej kolejności porównano liczbę zabiegów z liczbą zgonów związanych z wykonywaniem znieczulenia ogólnego w czasie zabiegu stomatologicznego w warunkach ambulatoryjnych. W latach 1973-1995 zgłoszono 4 zgony związane z opisywaną tematyką, co skutkowało częstością zgonu w opisywanym okresie na poziomie 1.4/1 000 000 wykonanych zabiegów.²

Autorzy badania *Micheal 1997* przeanalizowali dokumentację wszystkich wykonanych znieczuleń ogólnych w latach 1990-1994 w warunkach ambulatoryjnych w ramach wydziału Chirurgii Szcękowo - Twarzowej Uniwersytetu w Bostonie. W analizowanym okresie nie stwierdzono zgonu związanego z wykonywaną procedurą. Najczęstszym powikłaniem związanym z zabiegiem był skurcz krtani (0,8%) oraz łagodne zaburzenia rytmu serca – pojedyncze pobudzenia komorowe oraz częstoskurcz zatokowy.²

Badanie *E.M. D'Eramo 2003* zostało oparte o dane uzyskane od chirurgów szczękowo-twarzowych wykonujących zabiegi w znieczuleniu ogólnym. Dane te obejmowały powikłania znieczulenia ogólnego za rok 1999 oraz dane dotyczące śmiertelności związanej ze znieczuleniem ogólnym w latach 1995-1999. Autorzy podają częstość zgonów na poziomie 1/853 050 wykonanych znieczuleń. Najczęściej występujące działania niepożądane to m.in. omdlenie; skurcz krtani i skurcz oskrzeli 1/3 213.²

Wpływ na budżet płatnika

Według danych otrzymanych od NFZ procentowy udział świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym zarówno na rok 2010 (przy ogólnej kwocie na leczenie stomatologiczne – 1 682 269 tys. zł, świadczenia w znieczuleniu ogólnym to 672 907 zł, co stanowi 0,04%), jak i 2011 (0,07%, czyli 717 506 zł przy budżecie ogólnym na stomatologię 1 793 766 tys. zł) jest znikomy w porównaniu do całości budżetu.²

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 55/2010/DSOZ z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne wartość punktowa świadczenia „operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku” wyceniona została na [REDAKTOWANE] punktów.²

Cena jednostkowa punktu dla świadczeń z zakresu leczenie stomatologiczne ustalona została na poziomie: [REDAKTOWANE] w kolejnych latach²

W latach 2008 – 2010 wykonano łącznie ■ świadczeń „operacyjne odstonięcie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku”, co skutkowało niewielkim kosztem świadczenia oraz znikomym wpływem na budżet płatnika publicznego na poziomie ■ zł.²

W związku z powyższym za wykonanie omawianego świadczenia w 2010 roku świadczeniodawca otrzymywał maksymalnie ■ zł.²



Omówienie rekomendacji wydawanych w innych krajach w odniesieniu do ocenianej technologii

Wytyczne i standardy stosowania znieczulenia ogólnego w praktyce stomatologicznej szeroko przedstawiają dokumenty : „A conscious decision A review of the use of general anesthesia and conscious sedation in primary dental care Report by a Group chaired by the Chief Medical Officer and Chief Dental Officer-UK July 2000; Anaesthesia for dentistry Kaye Cantlay BA MB ChB MRCP FRCA Sean Williamson MB ChB FRCA Julian Hawkings BSc BDS DGDP(UK) FDSRCPS Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain | Volume 5 Number 3 2005; Guidelines for the use of sedation and general anesthesia by dentists as adopted by the October 2007 ADA house of delegates American Dental Association, oraz “Znieczulenie ogólne w chirurgii stomatologicznej w warunkach ambulatoryjnych” Agnieszki Mandel-Gębskiej, Jerzego Sokalskiego DENTAL FORUM /1/2007/XXXV.²

Omawiają one m.in. wskazania do wykonania znieczulenia ogólnego podczas zabiegów stomatologicznych, identyfikują potencjalne grupy chorych, sposób przeprowadzania znieczulenia ogólnego, przygotowanie przedoperacyjne, wymagania sprzętowe, i in. Przedstawione dane uzyskane z literatury są tożsame w zakresie przygotowania chorego do zabiegu. Istotne różnice istnieją jednak przy opisie przebiegu zabiegu oraz wymaganego personelu do jego wykonania. O ile w USA (i do niedawna w UK), do wykonania znieczulenia ogólnego wymagany był tylko wykwalifikowany lekarz dentysta oraz wykwalifikowany personel pielęgniarski, to w Polsce (oraz od 2006 r. w UK), do wykonania znieczulenia ogólnego konieczny jest specjalista anestezjolog. Przebieg zabiegu również jest częściowo odmienny. Wg informacji z polskiego piśmiennictwa chory podczas zabiegu znajduje się w pozycji siedzącej, w UK jest to pozycja leżąca z lekko podgiętą głową.²

Najważniejsza różnica istnieje w zakresie miejsca wykonywania zabiegu. W UK tego typu procedury mogą być wykonywane tylko w warunkach szpitalnych, w USA i Polsce procedury stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym mogą być wykonywane zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych.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 wykonywania świadczenia „operacyjne usunięcie zawiązków zębów ze wskazań ortodontycznych” (kod ICD-9-CM 23.1707), jako samodzielnej procedury w znieczuleniu ogólnym – załącznik nr 3 „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym” (świadczenie dotyczy dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia), 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 64/2011 z dnia 25 lipca 2011 r. w sprawie usunięcia z wykazu ogólnostomatologicznych świadczeń gwarantowanych udzielanych w znieczuleniu ogólnym świadczenia gwarantowanego „Operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku” (Kod ICD-9-CM 23.1706).

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 64/2011 z dnia 25 lipca 2011 r. w sprawie usunięcia z wykazu ogólnostomatologicznych świadczeń gwarantowanych udzielanych w znieczuleniu ogólnym świadczenia gwarantowanego „Operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku” (Kod ICD-9-CM 23.1706).
2. Raport Nr: AOTM-█-431-25(21)/█/2011. Usunięcie świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym. Operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku.