



Opinia Rady Przejrzystości

nr 239/2013 z dnia 29 lipca 2013 r.

w sprawie odejścia od określania materiałów stomatologicznych, stosowanych przy udzielaniu świadczeń dla świadczeniobiorców, zawartych w załączniku nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Rada Przejrzystości wydaje negatywną opinię w sprawie odejścia od określania materiałów stomatologicznych, stosowanych przy udzielaniu świadczeń dla świadczeniobiorców, zawartych w załączniku nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Uzasadnienie

Odejście od określania materiałów stomatologicznych przy udzielaniu świadczeń spowodowałyby znaczącą zmianę w sposobie ich realizacji – brak współpłacenia przez pacjenta.

Decyzja taka powinna zostać podjęta na podstawie analizy pełnych danych, po rozważeniu wszystkich jej aspektów, w tym oszacowania skutków finansowych wynikających z niniejszych zmian. Brak jest danych niezbędnych do oceny, np. informacji o liczbie świadczeń realizowanych w poszczególnych zakresach.

Wyjaśnienia wymaga wiele kwestii, m.in.:

- czy pacjent będzie mógł oczekiwać wykonania świadczenia za pomocą dowolnie wybranego materiału stomatologicznego, o ile nie będzie ku temu przeciwwskazań natury medycznej,*
- na jakiej podstawie pacjent będzie mógł dochodzić swoich praw w przypadku odmowy wykonania takiego świadczenia,*
- czy po usunięciu pkt 1 z załącznika 12 w/w rozporządzenia Ministra Zdrowia nie dojdzie do spadku jakości świadczonych usług stomatologicznych.*

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 15.07.2013 r., znak: MZ-OLG-400-31887-7/ES/13, dotyczyło przygotowania opinii Prezesa AOTM w sprawie odejścia od określania materiałów stomatologicznych, stosowanych przy udzielaniu świadczeń dla świadczeniobiorców, zawartych w załączniku nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1144 z późn. zm.) i wiążących się z tym skutków finansowych.

Skierowano pismo do NFZ w celu przedstawienia źródeł oszacowania kosztu dla NFZ w kwocie 420 mln PLN przytoczonego w zleceniu MZ. Do dnia 25.07.2013 r. nie otrzymano odpowiedzi.



Poproszono również Ministra Zdrowia o wyjaśnienia, na jakiej podstawie oszacowano, że po usunięciu pkt. 1 załącznika 12 nie dojdzie do wzrostu kosztów świadczeń stomatologicznych oraz czy w opinii Ministerstwa Zdrowia, po usunięciu pkt. 1 załącznika 12, nie dojdzie do spadku jakości świadczonych usług stomatologicznych przez świadczeniodawców.

Następnie w toku prac wystąpiono do Konsultantów Krajowych w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, ortodoncji, periodontologii oraz chirurgii stomatologicznej z prośbą o opinie dotyczące ww. technologii medycznej. Do dnia 25.07.2013 r. nie otrzymano opinii od żadnego z ekspertów.

Prezes AOTM przekazał Radzie zebrane materiały z prośbą o wydanie opinii Rady.

Problem decyzyjny

Obecnie w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego znajdują się świadczenia, określone w załącznikach od 1 do 12 w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2009 nr 140 poz. 1144 z późn. zm.). Świadczenia wymienione w tych załącznikach są w 100% refundowane dla pacjentów. Dodatkowo potwierdzone jest to w zarządzeniu Nr 55/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 r z późn. zmianami w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne w § 15 pkt 6 „Świadczenia gwarantowane, o których mowa w Rozporządzeniu MZ, są w całości finansowane ze środków pochodzących z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia i nie podlegają współfinansowaniu przez świadczeniobiorców”.

Możliwość współpłacenia za świadczenia stomatologiczne wynika z zapisu §15 pkt 7 tego samego zarządzenia prezesa NFZ - „Świadczenia wykonywane w innym standardzie niż określone w Rozporządzeniu MZ, w całości finansowane są przez świadczeniobiorcę”.

Wydanie opinii Prezesa AOTM, na prośbę Ministra Zdrowia, dotyczy odejścia od określania materiałów stomatologicznych, stosowanych przy udzielaniu świadczeń dla świadczeniobiorców, zawartych w załączniku nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1144 z późn, zm.) i wiążących się z tym skutków finansowych.

Proponowana przez Ministra Zdrowia zmiana może spowodować zarówno duży wzrost wydatków NFZ, jak i diametralną zmianę sposobu realizacji świadczeń stomatologicznych – brak współpłacenia przez pacjenta.

Jednak wobec braku odpowiedzi na pisma skierowane zarówno do Ministerstwa Zdrowia, NFZ jak i Konsultantów Krajowych trudno jednoznacznie rozstrzygnąć jak duży wpływ na budżet NFZ będą miały proponowane przez Ministra Zdrowia zmiany rozporządzenia i czy przewidywane skutki wprowadzenia tej zmiany faktycznie będą miały miejsce.

Oceniana technologia medyczna

Opis ocenianych technologii medycznych zawiera Załącznik 12, w brzmieniu:

pkt 1. Wykaz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych:

- materiał do wypełnień czasowych;
- cementy podkładowe na bazie wodorotlenku wapnia, cement fosforanowy;
- cementy glasonomerowe;
- kompozytowy materiał chemoutwardzalny do wypełniania ubytków w zębach przednich górnych i dolnych (od 3+ do +3, od 3- do -3);
- amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2;
- materiały do wypełnień kanałów korzeniowych;
- ćwieki gutaperkowe;
- masa wyciskowa alginatowa;
- masa do wycisków czynnościowych przy bezzębiu;
- nici chirurgiczne;
- szyny unieruchamiające, drut ligaturowy.

pkt 2. Wykaz dodatkowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przysługujących dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia

- światłoutwardzalny materiał kompozytowy do wypełniania ubytków w zębach siecznych i kłach w szczęce i żuchwie;

- laki szczelinowe;
- lakiery;
- cement chirurgiczny jako opatrunek przy zabiegach w obrębie przyzębia.

pkt 3. Wykaz dodatkowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przysługujących kobietom w ciąży i w okresie połogu

- cement chirurgiczny jako opatrunek przy zabiegach w obrębie przyzębia.

Argumenty za usunięciem pkt 1 załącznika 12:

- Archaiczny koszyk świadczeń stomatologicznych

Koszyk świadczeń stomatologicznych w obecnym kształcie zawiera w sobie małą ilość świadczeń które są gwarantowane świadczeniobiorcom. Usunięcie pkt. 1 z załącznika 12 nie powinno w istotny sposób ograniczyć liczby dostępnych świadczeń.

- Brak potrzeby współpłacenia przez świadczeniobiorcę

Usunięcie spowoduje, że wszelkiego rodzaju materiały stomatologiczne będą dostępne bez konieczności współpłacenia - nie będzie żadnego standardu, który przewidywałby co jest świadczeniem gwarantowanym, stad też założyć można, iż konieczne będzie usunięcie zapisu z zarządzenia Prezesa NFZ nr 55/2010 w którym jest mowa o płaceniu przez świadczeniobiorców za świadczenia przewyższające standard opisany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia

- Mała liczba odwołań w pozostałych załącznikach do załącznika 12

W momencie usunięcia pkt. 1 z załącznika 12 pozostałe załączniki znajdujące się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1144 z późn. zm.) ulegną zmianie jedynie w niewielkim stopniu, w rozporządzeniu jest niewielka liczba bezpośrednich odwołań do materiałów stomatologicznych ujętych w pkt.1 załącznika 12.

- Świadczeniodawcy będą w stanie stosować materiały lepszej jakości

Lekarz dentysta będzie miał większą swobodę wyboru najbardziej odpowiedniego materiału ze wszystkich dostępnych, co może przełożyć się na lepszą jakość wykonywanej procedury zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej

- Lepsze finansowanie umów zawieranych między świadczeniodawcą, a płatnikiem publicznym z powodu lepszej jakości użytych materiałów stomatologicznych.

W sytuacji gdy nie będzie ściśle określonego standardu związanego z materiałami stomatologicznymi dostępnymi nieodpłatnie pacjentowi, może to powodować, iż lekarze w celu możliwości stosowania lepszych jakościowo materiałów (a co za tym idzie również i droższych) będą negocjować z NFZ korzystniejsze rozliczanie procedur stomatologicznych Pacjenci w większym stopniu będą mogli współdecydować o wyborze najbardziej optymalnych materiałów medycznych

Obecnie świadczeniobiorcy są ograniczeni gwarantowanymi świadczeniami, w momencie usunięcia pkt. 1 załącznika 12 lekarz wraz z pacjentem będą mieli szerszy pogląd na dostępne materiały stomatologiczne a co za tym idzie również możliwość wyboru najbardziej optymalnego sposobu leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych

- Usunięcie pkt. 1 z załącznika 12 nie wygeneruje dodatkowych kosztów dla NFZ

W opinii zawartej w zleceniu Minister Zdrowia określił, iż zmiany spowodowane usunięciem pkt. 1 załącznika 12 nie wygenerują dodatkowych wydatków w budżecie NFZ.

Argumenty przeciw usunięciu pkt 1 załącznika 12

- Diametralna zmiana w sposobie realizacji świadczeń stomatologicznych

Obecnie zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ nr 55/2010, za świadczenia stomatologiczne wykonane w innym standardzie (w tym przy wykorzystaniu innych niż w załączniku 12 materiałów stomatologicznych), pacjent zobowiązany jest zapłacić. Usunięcie zapisów pkt. 1 z załącznika 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń stomatologicznych prawdopodobnie skutkować będzie koniecznością dokonania zmiany w części zarządzenia Prezesa NFZ nr 55/2010 dotyczącej opłat za innych standard wykonania świadczeń i tym samym spowoduje diametralną zmianę w sposobie realizacji świadczeń stomatologicznych (pacjent nie będzie współpłacić za świadczenia stomatologiczne tak jak było to realizowane do tej pory. Pacjent mógł decydować, czy chce otrzymać świadczenie gwarantowane wykonane przy wykorzystaniu materiałów opisanych w zał. 12 czy też decyduje się na inne materiały i tym samym pokryje ich koszty).

- Wzrost kosztów kontraktowania świadczeń stomatologicznych

Usunięcie pkt. 1 w załączniku 12 spowoduje szerszy dostęp do różnego typu materiałów stomatologicznych, których w ramach świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca do tej pory nie mógł stosować. Istnieje duże prawdopodobieństwo, iż świadczeniodawcy będą domagać się od NFZ rekalkulacji ich kontraktów ze względu na wyższe koszty wykonywanych świadczeń podniesionych przez zastosowanie nowych (droższych) materiałów stomatologicznych. W opinii NFZ cytowanej w zleceniu MZ wzrost kosztów poprzez wprowadzenie zmiany jaką jest usunięcie pkt. 1 z załącznika 12 wygeneruje wzrost kosztów o 420 mln PLN. Należy mieć na uwadze, iż całkowity budżet jaki przeznacza płatnik publiczny na świadczenia stomatologiczne to ok 1,7 mld PLN w skali roku, a co za tym idzie, zmiana zasugerowana przez MZ spowoduje wzrost wydatków o ok. 24%.

- Jakość świadczonych procedur stomatologicznych pod znakiem zapytania

Istnieje prawdopodobieństwo, iż świadczeniodawcy mając wolną rękę przy wyborze materiałów stomatologicznych będą, przy wyborze danego materiału stomatologicznego, kierować się przede wszystkim jego kosztem. Tym samym świadczeniodawcy będą preferować tańsze odpowiedniki, których jakość może być niższa niż obecnie stosowanych i dostępnych na rynku.

- Konieczność wprowadzenia zmian w pozostałych załącznikach Rozporządzenia

W załącznikach 1-5 oraz w załączniku 9 istnieją wprost wymienione materiały stomatologiczne znajdujące się w pkt. 1 załącznika 12. Są one bezpośrednio przypisane do danego świadczenia. Powstaje pytanie, czy zgodnie z założeniem wskazanym przez Ministra Zdrowia, dążąc do tego aby lekarz stomatolog miał możliwość swobodnego wyboru najbardziej odpowiedniego sposobu leczenia, te materiały również zostaną usunięte. Ponadto w zleceniu Minister Zdrowia nie uzasadnił powodu, dla którego pozostawia w zał. 12 pkt.2 i 3 oraz jak zmieni się ich brzmienie – obecnie w tych punktach wymienione są materiały które „dodatkowo” stosuje się u dzieci i młodzieży oraz kobiet w ciąży i położu. Brak ściśle określonego standardu jakości świadczonych usług stomatologicznych

Brak pkt. 1 załącznika 12 będzie skutkować brakiem przejrzystości odnośnie jakości świadczonych usług stomatologicznych, a tym samym istnieje prawdopodobieństwo, iż ucierpią na tym świadczeniobiorcy (obniży się jakość).

- Uniemożliwienie dochodzenia roszczeń na skutek złamania praw pacjenta

Wydaje się, iż w sytuacji dobrowolności co do doboru materiału stomatologicznego, poza ścisłymi wskazaniami klinicznymi, to świadczeniobiorca powinien mieć ostateczne zdanie w kwestii wyboru materiału który ma być zastosowany w trakcie jego leczenia. W tym miejscu należy uwzględnić kilka okoliczności:

- Czy NFZ zgodzi się na podwyższenie ceny za punkt rozliczeniowy tak, aby wycena świadczenia pokrywała wykorzystanie najlepszych dostępnych na rynku materiałów stomatologicznych?
- Jaka będzie świadomość pacjentów co do możliwości wyboru materiałów stomatologicznych?

Można jedynie domniemywać, iż lekarz stomatolog, zawsze z zachowaniem wskazań klinicznych będzie dążyć do ograniczenia kosztów realizowanego świadczenia. Pacjent natomiast (po usunięciu zał. 12) będzie miał prawo oczekiwać, iż podczas jego leczenia w ramach świadczenia refundowanego wykorzystane zostaną najlepsze materiały stomatologiczne. Brak jasno sprecyzowanych standardów co do użycia materiałów stomatologicznych może powodować konflikty lekarz – pacjent. Rozstrzygnięcie ich na gruncie prawa może być kłopotliwe

W Anglii NHS oraz w Nowej Zelandii (ARDS) posiadają określony załącznik wraz z wymienionymi materiałami (wypełnieniami) używanymi podczas procedur stomatologicznych.

W przypadku materiałów stomatologicznych dostępnych w ramach gwarantowanej opieki medycznej odnaleziono informacje z Anglii oraz Nowej Zelandii. W krajach tych, określono jakie materiały stomatologiczne można wykorzystać w ramach realizacji świadczeń gwarantowanych.

ARDS 2010- Auckland Regional Dental Service	<p>Zapewnia darmową opiekę dentystyczną dla dzieci do 17. roku życia. Używane są 4 rodzaje materiałów:</p> <ul style="list-style-type: none"> – cementy głasjonomerowe – materiały kompozytowe – amalgamat – materiały do wypełnień czasowych - tymczasowe wypełnienie (białe) używane do wypełnień krótkotrwałych. Zawiera: tlenek cynku, Eugenol <p>Wybór materiału wypełniającego zależy od kilku czynników, które ocena dentysta. Czynniki te to:</p> <ul style="list-style-type: none"> – rozmiar ubytku – siła i trwałość materiału – wiek dziecka.
--	--

NHS 2013	Wypełnienia w NHS mogą być wykonane z: <ul style="list-style-type: none">– amalgamatu (srebrne)– kompozytowego materiału chemoutwardzalnego (w kolorze zęba)– cementy głasjonomerowe (w kolorze zęba)
----------	---

Wpływ na budżet płatnika publicznego

W opinii NFZ cytowanej w zleceniu MZ wzrost kosztów poprzez wprowadzenie zmiany jaką jest usunięcie pkt. 1 z załącznika 12 wygeneruje wzrost kosztów o 420 mln PLN. Należy mieć na uwadze, iż całkowity budżet jaki przeznacza płatnik publiczny na świadczenia stomatologiczne to 1,7 mld PLN w skali roku, a co za tym idzie, zmiana zasugerowana przez MZ spowoduje wzrost wydatków o 24%.

W opinii MZ zmiany spowodowane usunięciem pkt. 1 z załącznika 12 nie spowodują wzrostu wydatków płatnika publicznego (NFZ).

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, Rada Przejrzystości przyjęła stanowisko jak na wstępie.

.....
Wiceprzewodniczący Rady Przejrzystości
prof. Michał Myśliwiec

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31n pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) oraz raportu skróconego AOTM nr AOTM-DS-434-3/2013; „Przygotowanie opinii dotyczącej odejścia od określania materiałów stomatologicznych, stosowanych przy udzielaniu świadczeń dla świadczeniobiorców, zawartych w załączniku nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1144 z późn. zm.)”, lipiec 2013 r.

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy