



Rekomendacja nr 160/2024

z dnia 3 stycznia 2025 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia pod nazwą „wzmacniana proteza zębowa – pacjent z epilepsją” do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego

Prezes Agencji rekomenduje kwalifikację świadczenia opieki zdrowotnej pod nazwą wzmacniana proteza zębowa – pacjent z epilepsją, do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Uzasadnienie rekomendacji

Problem decyzyjny obejmuje rozpatrzenie zasadności kwalifikacji nowych świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, które mają zapewnić dostęp do wzmacnianych protez zębowych dla pacjentów z epilepsją. Protezy wzmacniane względem finansowanych, standardowych, akrylowych różnią się obecnością wtopionych elementów wzmacniających – siatki metalowe, płyty lane oraz inne modyfikacje protez szkieletowych. Zwraca się jednak uwagę, że proponowane określenie „pacjent z epilepsją” ze względu na charakterystykę problemu zdrowotnego wymaga doprecyzowania. Nie każdy pacjent ze zdiagnozowaną epilepsją jest właściwym kandydatem do ocenianego świadczenia. W Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ) wśród kryteriów włączenia wskazano występowanie napadów padaczkowych z utratą świadomości lub napadów częściowych w zakresie głowy i szyi. Na etapie ustalania warunków realizacji świadczenia celowe będzie przeprowadzenie konsultacji z przedstawicielami środowiska protetyków stomatologicznych i neurologów w zakresie ostatecznego sformułowania kryteriów kwalifikacji oraz sposobu potwierdzania ich spełniania przez pacjentów.

Pomimo braku badań właściwych dla analizowanego problemu decyzyjnego ocenę efektywności klinicznej została przeprowadzona w oparciu o jedno badanie Ahmed 2024, w którym porównano żywotność ruchomych protez częściowych akrylowych względem wzmacnianych chromowo-kobaltowych. Badanie to nie było przeprowadzone w populacji pacjentów z padaczką, niemniej pozwala na odniesienie względem technologii alternatywnej. Pozostałe dwa doniesienia przedstawione w raporcie (Károlyházy 2005 oraz 2010) nie dotyczą ocenianego problemu decyzyjnego, dostarczają natomiast informacji odnośnie poziomu opieki protetycznej pacjentów z epilepsją w węgierskim systemie ochrony zdrowotnej. W badaniu Ahmed 2024 wykazano, że żywotność wzmacnianych protez była istotnie statystycznie dłuższa względem standardowych akrylowych 73 vs 45 miesięcy, HR 0,31 (95% CI: 0,23; 0,42).

Nie odnaleziono wytycznych z zakresu leczenia protetycznego, niemniej w odnalezionych pracach poglądowych zarówno krajowych jak i zagranicznych wskazuje się, że u pacjentów z napadami padaczkowymi zalecane jest stosowanie wzmocnień.

Nie odnaleziono analiz ekonomicznych, które byłyby właściwe dla ocenianego problemu decyzyjnego. Szacuje się, że kwalifikacja ocenianego świadczenia wpłynie na zwiększenie rocznych wydatków płatnika publicznego od 6 mln zł według szacunków w KŚOZ nawet do 48 mln zł w wariancie maksymalnym przedstawionym przez Agencję.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania jako świadczenia gwarantowanego świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego pt. „wzmacniana proteza zębowa – pacjent z epilepsją”, na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.).

Problem zdrowotny

Padaczka (ICD-10: G.40) jest przewlekłą chorobą mózgu cechującą się trwałą skłonnością do występowania napadów padaczkowych nieprovokowanych lub odruchowych. Padaczka lekooporna jest rozpoznawana, gdy dwie, kolejne próby interwencji lekowych w monoterapii lub terapii dodanej (dobrze tolerowanych, właściwie dobranych i odpowiednio użytych) nie doprowadzą do osiągnięcia utrwalonej i pełnej kontroli napadów. Wśród pacjentów chorujących na epilepsję największą grupę stanowią chorzy doznający napadów padaczkowych częściowo złożonych (33% chorych) oraz wtórnych uogólnionych (32,4% chorych). Znacznie rzadziej występują napady pierwotne uogólnione (12% chorych) oraz częściowe proste (11% chorych). Podczas napadów padaczkowych zdarzają się również uszkodzenia uzupełnień protetycznych - do złamań protezy dochodzi u 3,8% pacjentów, a koron protetycznych u 1,3%.

Na świecie choruje na padaczkę około 50 mln osób. Współczynnik chorobowości wynosi 7,60 na tys. ludności, a roczna zapadalność wynosi 67,77 na 100 tys. ludności. W Polsce to około 300 tys. chorych i około 27 tys. zachorowań każdego roku. Padaczka lekooporna dotyka ok. 20-30% chorych.

Alternatywna technologia medyczna

Finansowanymi ze środków publicznych są osiadające protezy ruchome, zarówno całkowite, jak i częściowe wykonane z akrylu. Wyróżnia się świadczenia określone jako:

- proteza częściowa akrylowa górna i/lub dolna przy brakach 5-8 zębów;
- proteza częściowa akrylowa górna i/lub dolna przy brakach powyżej 8 zębów;
- proteza całkowita akrylowa górna i/lub dolna.

Od stycznia 2025 roku pacjenci mogą być również zaopatrywani z protezy całkowite górne i/lub dolne o charakterze overdenture oparte na zabezpieczonych korzeniach zębów uprzednio prawidłowo przeleczonych endodontycznie. Korzenie docelowe nie mogą wymagać usunięcia i mogą służyć jako podparcie dla protezy.

Zwraca się uwagę na fakt, że w pracach poglądowych wskazuje się na przeciwwskazania względem zastosowania protez akrylowych, ponieważ stanowią zagrożenie dla zdrowia. Niemniej dane NFZ wskazują na rozliczanie świadczeń leczenia protetycznego (protezy akrylowe) u pacjentów z rozpoznaniem padaczki.

Opis wnioskowanego świadczenia

Zgodnie z KŚOZ oceniane świadczenie obejmuje:

- uzupełnienie braków zębowych za pomocą protezy częściowej wyłącznie z prostymi doginającymi klamrami w zakresie 5-8 brakujących zębów u pacjenta z epilepsją,
- uzupełnienie braków zębowych za pomocą protezy częściowej wyłącznie z prostymi doginającymi klamrami w zakresie więcej niż 8 brakujących zębów u pacjenta z epilepsją,
- uzupełnienie braków zębowych w szczęce protezą overdenture na zabezpieczonych korzeniach zębów u pacjenta z epilepsją,
- uzupełnienie braków zębowych w żuchwie protezą overdenture na zabezpieczonych korzeniach zębów u pacjenta z epilepsją,
- zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęce u pacjenta z epilepsją,
- zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie u pacjenta z epilepsją.

Głównym czynnikiem odróżniającym protezy szkieletowe od pozostałych protez ruchomych jest rozległość płyty lub zupełny jej brak, płyta metalowa, klamry i ciernie lane. Zgodnie z KŚOZ braki zębowe w zakresie 5-8 brakujących zębów lub powyżej 8 brakujących zębów u pacjentów z epilepsją powinny zostać uzupełnione za pomocą protezy szkieletowej wykonanej ze stopu chromowo-kobaltowego. Protezę szkieletową można określić jako ruchome uzupełnienie protetyczne o konstrukcji metalowo-akrylowej, mające za zadanie odbudowę zniszczonych lub brakujących zębów i tkanek podłoża. Jest ona zaopatrzona w elementy umożliwiające przenoszenie sił żucia na kość nie tylko przez okostną zębów filarowych.

W przypadku protezy całkowitej płyta protezy górnej powinna być lana ze stopu chromowo-kobaltowego lub wzmocniona za pomocą siatki. W KŚOZ wskazuje się na siatkę metalową, natomiast jeden z ekspertów wskazał również na możliwość wykorzystania siatki z włókna szklanego i węglowego. Proteza całkowita dolna powinna być wzmocniona łukiem podjęzykowym lanym lub łukiem metalowym doginanym, jeden z ekspertów wskazał na możliwość wzmocnienia za pomocą lanego łańcuszka metalowego.

Protezy overdenture, w polskim piśmiennictwie określane mianem protez nakładowych, umożliwiają wykorzystanie zębów, które zostały zdyskwalifikowane jako konwencjonalne filary protetyczne, m.in. ze względu na stopień ich destrukcji czy też zwiększoną ruchomość.

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Ocena ta polega na zebraniu danych o konsekwencjach zdrowotnych (skuteczność i bezpieczeństwo) wynikających z zastosowania nowej terapii w danym problemie zdrowotnym oraz innych terapii, które w danym momencie są finansowane ze środków publicznych i stanowią alternatywne leczenie dostępne w danym problemie zdrowotnym. Następnie ocena ta wymaga określenia wiarygodności zebranych danych oraz porównania wyników dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa nowej terapii względem terapii już dostępnych w leczeniu danego problemu zdrowotnego.

Na podstawie powyższego ocena skuteczności i bezpieczeństwa pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie o wielkość efektu zdrowotnego (zarówno w zakresie skuteczności, jak i bezpieczeństwa), którego należy oczekiwać względem nowej terapii w porównaniu do innych rozważanych opcji terapeutycznych.

Nie odnaleziono badań bezpośrednio odpowiadających analizowanemu problemowi decyzyjnemu – zastosowanie wzmacnianych protez względem standardowych w populacji pacjentów z epilepsją. Niemniej do analizy włączono jedno retrospektywne badanie Ahmed 2024, mające na celu ocenę żywotności ruchomych protez częściowych (RPD) wzmacnianych chromowo-kobaltowych względem standardowych akrylowych i identyfikację czynników wpływających na ich trwałość. Jest to badanie wyłącznie częściowo pokrywające problem decyzyjny, choć brak informacji, czy populacja pacjentów

obejmowała przypadki z epilepsją. W ramach dodatkowych informacji uwzględniono doniesienia z węgierskiego systemu opieki zdrowotnej odnośnie sytuacji pacjentów z epilepsją w zakresie stanu uzębienia i opieki protetycznej.

Skuteczność i bezpieczeństwo

Akrylowe RPD miały znacznie krótszą medianę żywotności wynoszącą 44,8 miesięcy (95%CI: 36,6; 66,8) w porównaniu z 73,3 miesiącami (95%CI: 70,0; 81,7) w przypadku RPD chromowo-kobaltowych. Żywotność RPD chromowo-kobaltowa była istotnie dłuższa w porównaniu do RPD akrylowych [HR=0,31 (95%CI: 0,23; 0,42; p <0,001).

Dodatkowe informacje

Badania Károlyházy 2005 i 2010

Analiza objęła 202 pacjentów, których średnia wieku wynosiła 37,3±14,9 lat w grupie pacjentów z epilepsją oraz 37,9±15,2 lat w grupie kontrolnej. Wykazano istotnie wyższą ilość brakujących zębów oraz istotnie niższy wskaźnik protetyczny u pacjentów z epilepsją w porównaniu do grupy kontrolnej. Wszyscy pacjenci, którzy zgłosili urazy protez związane z napadami padaczkowymi, należeli do grupy pacjentów z częstymi uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi.

Spośród 101 pacjentów z epilepsją uczestniczących w badaniu Károlyházy 2005, 71 przeszło ponowną ocenę neurologiczną i stomatologiczną. Dalsza obserwacja pacjentów wskazała na dalsze pogarszanie się stanu uzębienia wśród pacjentów z epilepsją.

Ograniczenia analizy

- Nie odnaleziono badań oceniających skuteczność i bezpieczeństwo stosowania ruchomych wzmocnianych protez zębowych w porównaniu do ruchomych akrylowych protez zębowych w populacji pacjentów z epilepsją.
- Badanie dotyczące żywotności protez zostało przeprowadzone w populacji ogólnej, brak informacji na temat udziału w badaniu pacjentów z epilepsją, ponadto analiza obejmowała wyłącznie protezy częściowe chromowo-kobaltowe.
- Brak jest doniesień wskazujących na rzeczywiste rozpowszechnienie zagrażających zdrowiu i życiu sytuacji w populacji pacjentów z epilepsją, u których braki zębowe zostały uzupełnione z wykorzystaniem protez akrylowych bez wzmocnienia. W żaden sposób nie można na podstawie dostępnej literatury przedmiotu wskazać charakterystyki klinicznej grupy docelowej, która w największym stopniu skorzysta z ocenianego świadczenia. Nie odnaleziono również doniesień, w których analizowano w jaki sposób wzmocniane protezy zachowują się podczas różnego rodzaju i stopnia nasilenia napadów padaczkowych.

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Ocena ekonomiczna polega na oszacowaniu i zestawieniu kosztów i efektów zdrowotnych, jakie mogą wiązać się z zastosowaniem u pojedynczego pacjenta nowej terapii zamiast terapii już refundowanych.

Koszty terapii szacowane są w walucie naszego kraju, a efekty zdrowotne wyrażone są najczęściej w zyskanych latach życia (LYG, life years gained) lub w latach życia przeżytych w pełnym zdrowiu (QALY, quality adjusted life years) wskutek zastosowania terapii.

Zestawienie wartości dotyczących kosztów i efektów związanych z zastosowaniem nowej terapii i porównanie ich do kosztów i efektów terapii już refundowanych pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy efekt zdrowotny uzyskany u pojedynczego pacjenta dzięki nowej terapii wiąże się z wyższym kosztem w porównaniu do terapii już refundowanych.

Uzyskane wyniki wskaźnika kosztów-efektów zdrowotnych porównuje się z tzw. progiem opłacalności, czyli wynikiem, który sygnalizuje, że przy zasobności naszego kraju (wyrażonej w PKB) maksymalny koszt nowej terapii, która ma wiązać się z uzyskaniem jednostkowego efektu zdrowotnego (1 LYG lub 1 QALY) w porównaniu do terapii już dostępnych, nie powinien przekraczać trzykrotności PKB per capita.

Aktualnie próg opłacalności wynosi 217 641 zł/QALY (3 x 72 547 zł).

Wskaźnik kosztów-efektów zdrowotnych nie szacuje i nie wyznacza wartości życia, pozwala jedynie ocenić i m. in. na tej podstawie dokonać wyboru terapii związanej z potencjalnie najlepszym.

Na podstawie przeprowadzonego przeglądu systematycznego oraz wyszukiwania wolnotekstowego nie zidentyfikowano żadnych analiz właściwych dla ocenianego problemu decyzyjnego.

Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930)

Jeżeli analiza kliniczna wnioskodawcy nie zawiera randomizowanych badań klinicznych dowodzących wyższości leku nad technologiami medycznymi dotychczas refundowanymi w danym wskazaniu, to urzędowa cena zbytu leku musi być skalkulowana w taki sposób, aby koszt stosowania leku wnioskowanego do objęcia refundacją nie był wyższy niż koszt technologii medycznej o najkorzystniejszym współczynniku uzyskiwanych efektów zdrowotnych do kosztów ich uzyskania.

Nie dotyczy.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia składa się z dwóch istotnych części.

Po pierwsze, w analizie wpływu na budżet płatnika, pozwala na oszacowanie potencjalnych wydatków związanych z finansowaniem nowej terapii ze środków publicznych.

Szacunki dotyczące wydatków związanych z nową terapią (scenariusz „jutro”) są porównywane z tym, ile aktualnie wydajemy na leczenie danego problemu zdrowotnego (scenariusz „dziś”). Na tej podstawie możliwa jest ocena, czy nowa terapia będzie wiązać się z koniecznością przeznaczenia wyższych środków na leczenie danego problemu zdrowotnego, czy też wiąże się z uzyskaniem oszczędności w budżecie płatnika.

Ocena wpływu na budżet pozwala na stwierdzenie czy płatnik posiada odpowiednie zasoby na finansowanie danej technologii.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia w drugiej części odpowiada na pytanie jak decyzja o finansowaniu nowej terapii może wpłynąć na organizację udzielania świadczeń (szczególnie w kontekście dostosowania do wymogów realizacji nowej terapii) oraz na dostępność innych świadczeń opieki zdrowotnej.

Według przekazanej Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej wielkość populacji docelowej oszacowano na około 2 000 pacjentów, koszt świadczenia na 3 000 zł, w związku z czym należałoby się spodziewać wydatków płatnika publicznego rzędu 6 mln zł.

Oszacowanie kosztów zostało przeprowadzone dla populacji pacjentów ze zdiagnozowaną epilepsją, u których występują napady padaczkowe z utratą świadomości lub napady częściowe w zakresie

głowy i szyi, z bezzębiem lub brakami częściowymi w uzębieniu powyżej pięciu zębów. Liczebność populacji oszacowano w oparciu o

- opinie ekspertów (2 000 pacjentów – wariant minimalny);
- liczebność populacji pacjentów z epilepsją w oparciu o dane NFZ oraz odsetek pacjentów z urazami jamy ustnej na podstawie literatury (5 019 pacjentów – wariant prawdopodobny),
- liczbę pacjentów z epilepsją, u których zrealizowano leczenie protetyczne w zakresie co najmniej 5 brakujących zębów z arbitralnym narzutem 20% (10 572 pacjentów – wariant maksymalny).

Przyjęto, że koszty wykonania protezy całkowitej z laną płytą oraz koszt wykonania protezy szkieletowej częściowej wyniesie 3 250 zł, koszt wykonania protezy typu overdenture 4 500 zł.

Zgodnie z oszacowaniami roczny koszt inkrementalny dla płatnika publicznego finansowania zaopatrzenia w protezy wzmacniane dla pacjentów z padaczką wyniesie 8,26 mln zł w wariantcie minimalnym, 20,72 mln zł w wariantcie prawdopodobnym, ok. 48 mln zł w wariantcie maksymalnym.

Ograniczenia analizy

Na niepewność oszacowań ma wpływ kilka czynników, które wymieniono poniżej:

- brak informacji na temat pacjentów z padaczką, którzy finansowali opiekę stomatologiczną i protetyczną poza systemem refundacji – ryzyko niedoszacowania;
- nie jest jasne, czy pacjenci, którzy mają protezy akrylowe pomimo braku wskazań nie zostaną zakwalifikowani do zaopatrzenia w protezy wzmacniane, aktualnie proteza akrylowa jest finansowana raz na 5 lat, a po kwalifikacji dodatkowego świadczenia kierowanego w szczególności do pacjenta z epilepsją jest ryzyko wcześniejszego zaopatrzenia – ryzyko nieznacznego niedoszacowania wydatków;
- duży zakres niepewności jest związany z rozpowszechnieniem informacji zarówno wśród pacjentów jak i lekarzy neurologów oraz dentystów związanej z możliwością finansowania ze środków publicznych ocenianej technologii, znaczenie będzie miało również ostateczne sformułowanie brzmienia warunków realizacji świadczeń – ryzyko znacznego niedoszacowania wydatków.

Opinia NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia nie posiada danych, na podstawie których można byłoby odnieść się do oszacowań kosztowych oraz wielkości populacji docelowej osób, które mogą potrzebować wzmocnionych protez zębowych w związku z chorowaniem na epilepsję.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Opinie ekspertów klinicznych

Otrzymano opinię od czterech ekspertów klinicznych. Eksperci wskazali, że w Polsce nie ma refundowanych technologii dedykowanych pacjentom z epilepsją. Eksperci zwrócili uwagę, że protezy wykonane z akrylu są przeciwwskazane dla tej grupy pacjentów, a w trakcie napadu padaczkowego mogą one zagrażać zdrowiu i życiu pacjentów. Niektórzy eksperci wskazują na konieczność wykonania nowego uzupełnienia, częściej niż raz na pięć lat. Ankietowani w rozpatrywanym wskazaniu zalecają zastosowanie protez stałych, a także ruchomych protez wzmacnianych. Wśród protez wzmacnianych wymieniają m.in. szkieletowe i protezy wzmocnione

siatką przy brakach uzębienia, natomiast w przypadku bezzębna wskazują na całkowite z płytą laną lub wzmacniane siatką w protezie górnej, a także wzmocnienie za pomocą lanego łańcuszka w protezie dolnej.

Uwagi do opisu świadczenia

Biorąc pod uwagę aktualny opis zawarty w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej oraz specyfikę problemu zdrowotnego celowe jest sformułowanie warunków realizacji świadczenia w konsultacji z przedstawicielami środowiska protetyków stomatologicznych i neurologów.

- Uwagę zwraca brak jednoznacznego wskazania formy spełnienia kryteriów kwalifikujących do świadczenia, poza diagnozą epilepsji (oświadczenie neurologa lub wypis ze szpitala), tj. współwystępujących napadów padaczkowych z utratą świadomości lub napadów częściowych w zakresie głowy i szyi.
- Brak jest również określenia ewentualnych kryteriów wyłączających możliwość zastosowania wzmocnionych protez w tej grupie chorych.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Przedmiotem analizy racjonalizacyjnej jest identyfikacja mechanizmu, którego wprowadzenie spowoduje uwolnienie środków publicznych w wysokości odpowiadającej co najmniej wzrostowi kosztów wynikającemu z podjęcia pozytywnej decyzji o refundacji wnioskowanej technologii medycznej.

Analiza racjonalizacyjna jest przedkładana, jeżeli analiza wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych wykazuje wzrost kosztów refundacji.

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji wydawanych w odniesieniu do ocenianej technologii

Rekomendacje kliniczne

Nie odnaleziono wytycznych z zakresu leczenia protetycznego.

W odnalezionych pracach poglądowych zarówno krajowych (Gładysz 2015, Gawlak 2015) jak i zagranicznych – Węgry (Károlyházy 2003, Károlyházy 2005) wskazuje się, że u pacjentów z napadami padaczkowymi zalecane jest stosowanie wzmocnień. W przypadku epileptyków wybór metody leczenia musi uwzględniać specyfikę choroby. Napady toniczno-kloniczne oraz przebiegające z utratą świadomości szczególnie predysponują do urazów. Pacjentom epileptycznym zalecane jest użytkowanie protez stałych zamiast ruchomych, a w przypadku braku takiej możliwości zalecane jest stosowanie wzmocnionej konstrukcji.

Jedną z możliwości zapobiegania obrażeniom w obrębie jamy ustnej wśród pacjentów chorych na padaczkę jest stosowanie ochraniaczy wewnątrzustnych.

W pracy węgierskiej wskazano, że populacją pacjentów właściwą do zastosowania protez wzmacnianych są pacjenci z częstymi napadami częściowymi obejmującymi aparat żucia, którym towarzyszą kloniczne ruchy mięśni twarzy i aparatu żucia lub automatyzmy jamy ustnej (np. zgrzytanie zębami) oraz uogólnione napady toniczno-kloniczne.

Rekomendacje refundacyjne

Nie odnaleziono dokumentów z rekomendacji refundacyjnych poprzedzonych oceną HTA.

Jedyną odnalezioną informacją dotyczącą finansowania ze środków publicznych protez wzmacnianych są Węgry. Na wykazie wyrobów medycznych (stan na 1 grudnia 2024 r.) odnaleziono informację dotyczącą finansowania wzmacnianej protezy zębowej z dopłatą pacjenta w wysokości

50% (proteza ruchoma: górna lub dolna z płytą metalową formowana według wzoru). W pozostałych krajach nie odnaleziono informacji na temat rodzaju finansowania wzmocnianych protez zębowych, w tym dotyczących materiału, z którego wykonane są protezy.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2024 r. (znak pisma DLG.747.18.2024.TK), odnośnie wydania rekomendacji Prezesa w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego pt. „wzmocniana proteza zębowa – pacjent z epilepsją”, na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości nr 152/2024 z dnia 23 grudnia 2024 roku w sprawie kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego „wzmocniana proteza zębowa – pacjent z epilepsją” jako świadczenia gwarantowanego.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 152/2024 z dnia 23 grudnia 2024 roku w sprawie kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego „wzmocniana proteza zębowa – pacjent z epilepsją” jako świadczenia gwarantowanego;
2. Raport „Wzmocniana proteza zębowa – pacjent z epilepsją; Ocena zasadności zakwalifikowania świadczeń jako świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego”; nr: WS.420.9.2024; Data ukończenia: 18.12.2024 r.