



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 63/2015 z dnia 30 marca 2015 r.
o projekcie programu gminy Kleszczów „Profilaktyka
stomatologiczna”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu gminy Kleszczów „Profilaktyka stomatologiczna”, pod warunkiem uwzględnienia przedstawionych poniżej uwag.

Uzasadnienie

Oceniany projekt programu dotyczy polityki zdrowotnej gminy Kleszczów w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej próchnicy zębów oraz poprawy stanu zdrowia jamy ustnej wśród wszystkich mieszkańców gminy Kleszczów w latach 2015–2018 poprzez działania informacyjno-edukacyjne, profilaktykę stomatologiczną, stomatologię dziecięcą i zachowawczą, endodoncję oraz chirurgię stomatologiczną, w zależności od zaleconego planu leczenia. Program ma być realizowany w latach 2015-2018. Planowany całkowity koszt realizacji programu został określony na ok. 4 800 000 zł (2015-2018). Przewidziane przez program interwencje obejmą ok. 70% ludności gminy. Projekt programu został przygotowany zgodnie z zaleceniami AOTMiT.

Przewidywany w programie zakres świadczeń profilaktycznych pokrywa się ze świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych. W związku z tym sugerowana byłaby rewizja założeń programu, biorąc za podstawę Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej gminy Kleszczów w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej próchnicy zębów oraz poprawy stanu zdrowia jamy ustnej wśród wszystkich mieszkańców gminy Kleszczów w latach 2015–2018 poprzez działania informacyjno-edukacyjne, profilaktykę stomatologiczną, stomatologię dziecięcą i zachowawczą, endodoncję oraz chirurgię stomatologiczną, w zależności od zaleconego planu leczenia. Program ma być realizowany w latach 2015-2018. Planowany całkowity koszt realizacji programu został określony na ok. 4 800 000 zł (2015-2018).

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej gminy Kleszczów

Znaczenie problemu zdrowotnego

Autorzy powołują się na wyniki raportu kontroli NIK dot. dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych, który wskazuje, że pomimo przeznaczenia znaczących środków finansowych na usługi stomatologiczne, stan zdrowia jamy ustnej Polaków odbiega od europejskiego.

Cele i efekty programu

Głównym celem Programu jest profilaktyka pierwotna i wtórna próchnicy zębów oraz poprawa stanu zdrowia jamy ustnej wśród wszystkich mieszkańców gminy Kleszczów w latach 2015–2018 poprzez działania informacyjno-edukacyjne, profilaktykę stomatologiczną, stomatologię dziecięcą i zachowawczą, endodoncję oraz chirurgię stomatologiczną, w zależności od zaleconego planu leczenia. Autorzy słusznie rozgraniczają populację dzieci oraz osoby dorosłe. Dodatkowo Wnioskodawca określa 4 cele szczegółowe, uzupełniające założenie główne programu. Odnosi się m.in. rzetelnego i skutecznego informowania wszystkich mieszkańców o prowadzonym programie, zapewnieniu równego dostępu do profilaktyki stomatologicznej, stomatologii dziecięcej i zachowawczej, endodoncji i chirurgii stomatologicznej (w zależności od zaleceń stomatologów), oceny stanu zdrowia jamy ustnej u jak największej liczby mieszkańców oraz kwalifikacji do dalszego postępowania (działania z zakresu profilaktyki stomatologicznej, stomatologii zachowawczej, leczenia endodontycznego lub chirurgicznego), wprowadzeniu monitorowania jakości udzielanych świadczeń. Projekt programu zdrowotnego odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego, jakim jest profilaktyka pierwotna i wtórna próchnicy zębów oraz poprawa stanu zdrowia jamy ustnej w ogólnej populacji. Założenia związane z projektem programu pokrywają się częściowo również z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, gdzie jeden z celów operacyjnych dotyczy: intensyfikacji zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

Populacja docelowa

Adresatami Programu są dzieci oraz osoby dorosłe zamieszkujące gminę Kleszczów. W przypadku dzieci biorących udział w programie niezbędna jest pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych dziecka. Wnioskodawca jasno stwierdza, że taka zgoda rodziców/opiekunów dziecka jest w nim wymagana i niezbędna. Dołączono o projekcie programu wzór zgody na udział dziecka w programie. Analityk AOTMiT uznał go za dobrze przygotowany dokument.

Wnioskodawca określił na podstawie danych meldunkowych liczbę osób, całościową populację osób zamieszkujących na terenie gminy Kleszczów. W 2014 r. liczba mieszkańców wynosił 5 456 osób. W projekcie przedstawiono szacunkową liczbę osób, które w latach 2015-2018 będą mogły skorzystać z programu. Szacuję się włączyć do programu 70% populacji czyli ok. 4 130 osób.

Głównymi kryteriami kwalifikacji są miejsce zamieszkania oraz w przypadku dzieci wyrażenie zgody przez rodzica/opiekuna. Należy zaznaczyć, że z opisu programu wynika iż będzie on mieć wielopłaszczyznowy charakter tj. przewiduję się prowadzenie różnego typu pogadank i akcji edukacyjnych, a także będą prowadzone akcje strictly związane z zabezpieczeniem zębów przed pojawieniem się próchnicy czy też udzielanie świadczeń związanych z leczeniem endodontycznym, chirurgią czy też periodontologią. Dokładnie określono do jakiej grupy osób będą skierowane dane świadczenia stomatologiczne. Powoduje to usystematyzowanie i uporządkowanie świadczeń co wpływa korzystnie na przejrzystość projektu programu. W Projekcie programu zawarto sposób zapraszania do udziału w programie. Informacje o programie zostaną m.in. w Informatorze Kleszczowskim, w lokalnych mediach, na stronie internetowej miasta oraz w postaci plakatów i ulotek. Dodatkowo będą organizowane spotkania w szkołach.

Interwencja

W ramach interwencji w projekcie programu zaplanowano działania edukacyjne oraz różnego typu świadczenia, które mają być wykonywane u dzieci i osób dorosłych. Wnioskodawca zaplanował m.in. spotkania edukacyjne, przeprowadzone w szkołach dla dzieci, informacje dla kobiet ciężarnych, które podczas wizyt u ginekologa również będą mogły uzyskać informacje na temat programu. Zgodnie z wytycznymi:

- Regularne, okresowe wizyty kontrolne są istotnym elementem promocji zdrowia jamy ustnej. Zalecany odstęp między kolejnymi badaniami kontrolnymi powinien być dostosowany do potrzeb pacjenta i określony na podstawie oceny ryzyka próchnicy oraz zaawansowania/aktywności choroby. Istotnym elementem procesu decyzyjnego powinna być ocena ryzyka próchnicy u każdego pacjenta.
- W grupie podwyższonego ryzyka próchnicy powinna być stosowana profesjonalna profilaktyka fluorkowa w odstępach 6-miesięcznych, a w grupie wysokiego ryzyka – w odstępach 3 miesięcy. Profesjonalna zapobiegawcza terapia fluorkowa nie jest wskazana u osób z niskim ryzykiem próchnicy.
- Lakowanie, czyli uszczelnianie bruzd lakiem szczelinowym powinno być wykonane w momencie stwierdzenia podwyższonego ryzyka próchnicy, na powierzchniach zdrowych jeszcze zębów, bez odwlekania w czasie. Niektórzy eksperci proponują lakowanie zębów u wszystkich objętych programem dzieci, u których stwierdzono zdrowe powierzchnie żujące, albo lakowanie nie tylko szóstych, ale i siódmych zębów (pierwszych i drugich trzonowych) u 11–12-latków. Lakowanie zębów u dzieci do 7 r.ż. finansowane jest w ramach NFZ, a u starszych musi być finansowane w ramach programu. W tym zakresie przedmiotowy program stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

Na podstawie raportu przygotowanego w celu oceny programu MZ „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015” z 2012 r., eksperci kliniczni również wyrazili swoją opinię na temat monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej:

- Programy z zakresu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej, z uwzględnieniem wskaźnikowych grup wiekowych, powinny być prowadzone i finansowane. Badania monitoringowe umożliwiają uzyskanie informacji dotyczących planowania działań profilaktycznych, określenia potrzeb diagnostyczno-leczniczych i wskazują na konkretne działania jakie powinny być podjęte w celu usprawnienia systemu opieki zdrowotnej.
- Monitoring stanu zdrowia jamy ustnej jest w pełni uzasadniony.
- Brak wiedzy na temat stanu zdrowia jamy ustnej (częstości występowania i nasilenia próchnicy, chorób przyzębia i błony śluzowej) ludności Polski w różnych grupach wiekowych, którą można uzyskać z badań monitorowanych prowadzonych według jednolitych kryteriów (ustalonych przez WHO), a przez to brak możliwości porównania ich ze stanem zdrowia jamy ustnej ludności w innych krajach.
- Odległe skutki zaniechania monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej w polskiej populacji może przyczynić się do braku poprawy, a nawet pogorszenia stanu uzębienia (wzrost frekwencji i intensywności próchnicy) i przyzębia w populacji polskiej.

Według opinii ekspertów programy profilaktyki próchnicy powinny zawierać działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej dla dzieci, ich rodziców/opiekunów, nauczycieli. Projekt programu zakłada realizację celu związanego z kształtowaniem prawidłowych nawyków higienicznych u dzieci oraz podniesienie świadomości zdrowotnej, dodatkowo w ramach realizacji niniejszych założeń planuje się instruowanie w zakresie profilaktyki próchnicowej.

Wnioskodawca odnosi się do obecnego postępowania w zakresie dostępnych bezpłatnie świadczeń dla zarówno populacji dzieci jak i osób dorosłych. Wykazy oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego¹⁵. Autorzy projektu programu powołują się na nieaktualne Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. nr 140, poz. 1144). W opinii Wnioskodawcy procedury z zakresu profilaktyki nie są dofinansowywane, a więc i niewykorzystywane przez większość lekarzy. Załącznik nr 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2013 poz. 1462) zawiera wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia oraz warunki ich realizacji. Zakres świadczeń profilaktycznych przedstawiony w projekcie pokrywa się ze świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych. Sugeruje się, żeby Autorzy projektu zweryfikowali poprawność założeń prowadzonych interwencji dotyczących profilaktyki.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację programu. Wskaźniki przedstawione przez autorów zostały przedstawione z podziałem na wskaźniki oceny zgłaszalności, jakości i efektywności działań programu. Wydaje się, że wskaźniki przedstawione przez autorów projektu programu są poprawnie dopasowane do celów jakie zakłada się osiągnąć.

Warunki realizacji

Autorzy projektu programu przedstawili koszty jednostkowe wynoszące 1162 zł na osobę. Koszt całkowity w latach 2015-2018 został oszacowany na kwotę 4 800 000 zł. Autorzy projektu programu wyszczególnili rodzaje kosztów co powoduje większą przejrzystość. Oszacowania przedstawione przez Wnioskodawcę nie budzą zastrzeżeń analityka AOTMiT.

Etapy organizacyjne zostało podzielone na etapy u dzieci jak i u dorosłych uczestników programu. Powoduje to usystematyzowanie i uporządkowanie świadczeń co wpływa korzystnie na przejrzystość projektu programu. W programie mogą wziąć udział wszystkie dzieci w wieku 5-13 lat z terenu gminy Kleszczów oraz wszystkie osoby dorosłe. Zgodnie z informacjami zawartymi w projekcie programu po wyrażeniu zgody przez rodziców bądź opiekunów prawnych, dziecko może wziąć udział w programie.

Autorzy projektu programu zdefiniowali również sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych. Świadczenia stomatologiczne udzielane w ramach niniejszego programu zdrowotnego będą uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych i je wspomagają, a także pozostają kontynuacją wdrożonych w poprzednich latach programów w gminie Kleszczów. Wszystkim mieszkańcom zostanie zapewniony równy dostęp do profilaktyki i opieki stomatologicznej.

Co do samych świadczeń stomatologicznych, eksperci przy ocenie poprzednich projektów z zakresu profilaktyki próchnicy zauważyli, że świadczenia ogólnostomatologiczne oraz świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż. Są finansowane przez NFZ, a więc programy samorządowe powinny odnosić się do tych świadczeń i je właściwie wspomagać, a nie dublować.

Autorzy projektu programu określili również sposób zakończenia udziału w programie. Nie jest jasne co stanie się z dzieckiem, które będzie wymagać dalszej opieki stomatologicznej. Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie, na życzenie uczestnika (osoba dorosła) lub jego opiekunów prawnych (osoby niepełnoletnie). Musi ono być potwierdzone na piśmie.

Wnioskodawca przedstawił również w dokładny sposób jak mają wyglądać sposoby przyjęć osób podczas programu, Zostały wskazane godziny oraz miejsca, zadbano również o to żeby pacjenci „z bólem” mogli być przyjmowani poza kolejnością. Ma być podczas otwartego konkursu ofert wybranych 4 realizatorów programu.

Autorzy programu zaplanowali przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej. Nie jest jasne czy w programie będą zaangażowani nauczyciele czy też dyrekcja szkół w celu poinformowania rodziców/opiekunów prawnych o programie w ich gminie. Wydaje się zasadnym włączenie grona pedagogicznego do tego typu działań informujących.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Próchnica (definicja WHO) to proces patologiczny umiejscowiony, pochodzenia zewnątrzustrojowego, który prowadzi do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Głównym czynnikiem odpowiedzialnym za jej rozwój są bakterie, które, rozkładając cukry obecne w produktach żywnościowych, wytwarzają kwasy niszczące szkliwo. Próchnica zębów należy do najbardziej rozpowszechnionych chorób w populacji dzieci i młodzieży. 60–90% dzieci w wieku szkolnym ma ubytki w zębach. W krajach wysoko rozwiniętych obserwuje się zmniejszenie częstości próchnicy zębów. Pomimo to nadal,

zarówno w Polsce, jak i na świecie, uważa się próchnicę za chorobę społeczną. U dzieci do 3 roku życia obserwuje się szczególnie szybki rozwój procesu próchnicowego, co skłoniło do wyodrębnienia jednostki chorobowej zwanej próchnicą wczesną (early childhood caries). Próchnica uzębienia mlecznego stanowi w Polsce poważny problem. Choroba ta, często o gwałtownym przebiegu, w krótkim czasie prowadzić może do zniszczenia twardych tkanek zęba. Wpływa ona nie tylko na stan całego narządu żucia, ale także na ogólny stan zdrowia dziecka. Odroczenie leczenia nie tylko skutkuje pogorszeniem stanu, ale również istotnie zwiększa koszty. Koszty zaniedbań są wysokie, zarówno z perspektywy finansowej, społecznej, jak i indywidualnej. Zły stan jamy ustnej w dzieciństwie często utrzymuje się w życiu dorosłym, wpływając na produktywność oraz jakość życia. Stwierdzono, że inwestowanie w prewencję chorób jamy ustnej oraz promocję zdrowia obniża koszty ponoszone w ramach wydatków na opiekę zdrowotną i w dłuższej perspektywie jest bardziej kosztowo-efektywne. Zapobieganie próchnicy powinno mieć charakter kompleksowy, tzn. powinno obejmować edukację rodziców, edukację dzieci i naukę współodpowiedzialności za stan swojego zdrowia. Na podstawie analizy doświadczeń międzynarodowych WHO uznała, że najkorzystniejszym środowiskiem do wykorzystania w celu promocji zdrowia jamy ustnej jest szkoła, gdzie realizacja programów edukacji stomatologicznej przynosi najlepsze efekty i zapewnia najszerszy krąg oddziaływania.

Bakterie wchodzącego w skład mikroflory jamy ustnej jako komensale w prawidłowych warunkach pozostają w stanie równowagi i nie wywołują choroby. Zachwianie równowagi ekologicznej może jednak prowadzić do rozwoju choroby. Choroby przyzębia są przewlekłym stanem zapalnym, które podzielono na dotyczące tylko dziąseł (gingivitis) oraz zapalenie przyzębia (periodontitis) obejmujące leżące głębiej tkanki podporowe zęba, takie jak więzadło zębowe i kość wyrostka zębodołowego. Zapalenie dziąseł (gingivitis) jest nieswoistą reakcją na wzrost liczby bakterii (zarówno Gram-dodatnich jak i Gram-ujemnych) w/lub pod bruzdą dziąsłową. Natomiast periodontitis jest związane z namnażaniem się pewnych gatunków bakterii Gram-ujemnych w bruzdach dziąsłowych. Efektem jest tworzenie się kieszonki przyzębnej, co sprzyja jeszcze większemu gromadzeniu się bakterii oraz powoduje zmianę składu mikroflory.

Płytką naddziąsłową (biofilm) u ludzi ze zdrowymi dziąsłami składa się z kilku – kilkunastu (1-20) warstw komórek ziarniaków Gram-dodatnich (*Streptococcus mutans*, *S. mitis*, *S. sanguis*, *S. oralis*, *Rothia dentocariosa*) oraz Gram-dodatnich pałeczek (*Actinomyces viscosus*, *A. israelii*, *A. gerencseriae*, *Corynebacterium* spp.) i nielicznych ziarniaków Gram-ujemnych (*Veillonella parvula*, *Neisseria* spp.).

Klinicznie jawne zapalenie dziąseł (gingivitis) wykazuje związek z rozwojem płytki nazębnej o bardziej złożonej budowie. Liczba warstw komórek jest większa (100-300), z lokalizacją bakterii zależną od ich metabolizmu oraz tolerancji tlenu; oprócz bakterii wymienionych powyżej, występują w większej liczbie ziarniaki Gram-ujemne oraz pałeczki, w tym także beztlenowe (*Fusobacterium nucleatum*, *Campylobacter gracilis*, *Tannerella forsythia*, *Capnocytophaga* spp.). Gatunki bakterii mogą się różnić zależnie od lokalnych warunków środowiskowych. Biofilmy, które są wspólnotą bakterii i reagują na zmiany środowiska jako zespół, są czynnikiem etiologicznym takich stanów chorobowych jamy ustnej jak próchnica zębów, choroba przyzębia czy zapalenie związane z obecnością implantu.

Przekształcanie zapalenia dziąseł w periodontitis nie zachodzi „automatycznie” u każdego pacjenta i w każdym miejscu, lecz jest uzależnione od trzech głównych czynników: wrażliwości organizmu gospodarza, obecności bakterii patogennych i obecności „bakterii ochronnych”.

Gromadzenie się płytki nazębnej prowadzi do rozwoju zapalenia dziąseł, jednak rozwój choroby przyzębia jest uzależniony zarówno od właściwości organizmu gospodarza jak i obecności bakterii patogennych określanych jako periopatogeny lub periodontopatogeny. Do namnożenia się periopatogenów, które zastępują bakterie komensalne, może dochodzić na drodze zmiany warunków środowiskowych (pH, potencjał oksydujący, dostępność substancji odżywczych) w jamie ustnej na skutek interakcji bakteryjnych lub gromadzenia się płytki nazębnej (biofilmu), spadku liczby korzystnie działających bakterii, produkujących substancje inhibitorowe (interakcje bakteryjne lub leczenie antybiotykami) oraz zmniejszenia odporności organizmu człowieka.

Przewlekłe zapalenie przyzębia jest chorobą infekcyjną prowadzącą do powolnej lub średnio szybkiej utraty przyczepu oraz kości. Występuje głównie u ludzi dorosłych w postaci zlokalizowanej lub uogólnionej, może zdarzać się także u dzieci i młodzieży. Czynniki predysponującymi są palenie tytoniu, stres oraz miejscowe (związane z zębami lub jatrogenne) lub ogólnoustrojowe (cukrzyca, zakażenie wirusem HIV) stany nasilające uszkadzające działanie drobnoustrojów.

Agresywne zapalenie przyzębia to choroba infekcyjna charakteryzująca się szybką utratą przyczepu i szybkim niszczeniem kości u ludzi bez innych chorób, często występuje rodzinie. Podobnie jak w przypadku przewlekłego zapalenia przyzębia wyróżnia się postać miejscową i uogólnioną agresywnej paradontozy.

Liczne badania epidemiologiczne wskazują na powiązanie złego stanu zdrowia jamy ustnej z chorobami sercowo-naczyniowymi (CVD), złą kontrolą glikemiczną w cukrzycy i niską masą urodzeniową, łącznie z licznymi innymi chorobami m.in. takimi jak reumatyczne zapalenie stawów i osteoporoza. Choroba przyzębia i zła higiena jamy ustnej stanowi poważny problem u pacjentów z obniżoną odpornością lub z innymi poważnymi i przewlekłymi stanami chorobowymi.

Przewlekłe zapalne choroby przyzębia są szeroko rozprzestrzenione w świecie i są najczęściej występujące spośród chorób przewlekłych u ludzi. Prawidłowa higiena jamy ustnej jest istotna dla dobrego zdrowia jamy ustnej i w tym kontekście kontrola płytki nazębnej ma fundamentalne znaczenie. Powszechne jednak występowanie chorób jamy ustnej wskazuje na brak właściwej kontroli płytki nazębnej.

Biofilmy jamy ustnej powinny podlegać kontroli, gdyż zapobiegają próchnicy i gingivitis (kontrola płytki naddziąsłowej) oraz ryzyku i progresji choroby przyzębia, obniżają ryzyko bakteriemii i chorób ogniskowych oraz poprawiają ogólny stan zdrowia.

Alternatywne świadczenia

Wykazy oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego¹⁴.

Rozporządzenie składa się z 11 załączników:

- 1) świadczenia ogólnostomatologiczne – załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia – załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) świadczenia ogólnostomatologiczne udzielanych w znieczuleniu ogólnym – załącznik nr 3 do rozporządzenia;

- 4) świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS – załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii – załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 6) świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży – załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 7) świadczenia protetyki stomatologicznej – załącznik nr 7 do rozporządzenia;
- 8) świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki – załącznik nr 8 do rozporządzenia;
- 9) świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej – załącznik nr 9 do rozporządzenia;
- 10) profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia – załącznik nr 10 do rozporządzenia.

Ocena technologii medycznej

Próchnica zębów u dzieci i młodzieży, ze względu na częstość występowania, poważne i kosztowne następstwa spowodowane niepodjęciem leczenia i powikłaniami oraz zależność od stylu życia, jest problemem o znaczeniu społecznym i stanowi istotny element zdrowia publicznego. Problem próchnicy jest na tyle istotny, że znalazł się wśród celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015. Mimo poprawy sytuacji w ostatnich latach, Polska nadal należy do państw europejskich o najgorszych wynikach w dziedzinie zapobiegania próchnicy, duże są też różnice pomiędzy poszczególnymi rejonami kraju.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, a także wytycznych klinicznych (np. amerykańskich) szkoła jest najkorzystniejszym środowiskiem do wykorzystania w celu promocji zdrowia jamy ustnej oraz działań profilaktycznych; realizacja programów profilaktyki próchnicy w szkole przynosi najlepsze efekty i zapewnia najszerszy krąg oddziaływania, zwłaszcza zapewnia dotarcie do środowisk o niskim statusie socjoekonomicznym zwiększającym ryzyko zaniedbań, ma poza tym duże szanse być kosztowo-efektywna.

Podstawowe zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy wynikające z odnalezionych wytycznych opartych na systematycznych przeglądach dowodów naukowych (również wskazówki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego oraz pytań o opinię specjalistów, stanowiące zalecenia na poziomie stanowiska eksperckiego, są zgodne z poniższymi stwierdzeniami):

- Praktyczną, skuteczną i powszechną metodą ograniczania próchnicy jest fluorowanie wody pitnej. Skutecznym działaniem w pierwotnej profilaktyce próchnicy jest codzienna ekspozycja na fluor przyjmowany z wodą oraz monitorowane stosowanie past fluorkowych.
- Istotnym elementem promocji zdrowia jamy ustnej są regularne, okresowe wizyty kontrolne. Zalecany odstęp między kolejnymi badaniami kontrolnymi powinien być dostosowany do potrzeb pacjenta i określony na podstawie oceny ryzyka próchnicy oraz zaawansowania/aktywności choroby;
- Istotnym elementem procesu decyzyjnego powinna być ocena ryzyka próchnicy u każdego pacjenta, okresowo weryfikowana;
- W profilaktyce próchnicy można stosować cztery proste metody o udowodnionej skuteczności: szczotkowanie zębów pastą z fluorem, porada dietetyczna (m.in.

dotycząca ograniczenia spożycia cukrów), preparaty fluorowe do stosowania miejscowego (np. pasty do zębów, żele, płyny do płukania ust, lakiery) oraz laki szczelinowe (uszczelniacze) do zabezpieczania bruzd zębów trzonowych;

- Niezbędnym elementem profilaktyki próchnicy jest zdrowa dieta w zakresie spożywania cukrów: w przypadku pragnienia dziecko powinno pić wodę; posiłki zawierające cukry powinny być spożywane przez dzieci zagrożone próchnicą nie częściej niż 3–4 razy w ciągu dnia; wskazane jest prowadzenie w szkole zajęć edukacyjnych w zakresie higieny jamy ustnej, w tym związku między spożywaniem cukrów i rozwojem próchnicy;
- Podstawową metodą zapobiegania próchnicy powinno być dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem o zawartości fluoru min 1000 ppm (dla małych dzieci wskazane są pasty z obniżoną zawartością fluoru);
- W grupie podwyższonego ryzyka próchnicy powinna być stosowana profesjonalna profilaktyka fluorkowa w odstępach 6-miesięcznych, a w grupie wysokiego ryzyka – w odstępach 3 miesięcy. Profesjonalna zapobiegawcza terapia fluorkowa nie jest wskazana u osób z niskim ryzykiem próchnicy;
- W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka rozwoju próchnicy (u pacjenta lub w odniesieniu do konkretnego zęba) należy wykonać uszczelnienie bruzd stałych zębów trzonowych lakiem, a następnie sprawdzać i w razie potrzeby uzupełnić lak podczas regularnych wizyt kontrolnych;

Dodatkowo w odniesieniu do lakowania szczelin i bruzd zębów trzonowych stałych u dzieci i młodzieży, według zaleceń American Dental Association na wczesne ogniska próchnicowe można stosować laki szczelinowe w celu zmniejszenia odsetka postępujących zmian.

Na podstawie raportu przygotowanego w celu oceny programu MZ „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015” z 2012 r. [Za1 4] , eksperci kliniczni również wyrazili swoją opinię na temat monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej:

- Programy z zakresu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej, z uwzględnieniem wskaźnikowych grup wiekowych, powinny być prowadzone i finansowane. Badania monitoringowe umożliwiają uzyskanie informacji dotyczących planowania działań profilaktycznych, określenia potrzeb diagnostyczno-leczniczych i wskazują na konkretne działania jakie powinny być podjęte w celu usprawnienia systemu opieki zdrowotnej.
- Monitoring stanu zdrowia jamy ustnej jest w pełni uzasadniony.
- Brak wiedzy na temat stanu zdrowia jamy ustnej (częstości występowania i nasilenia próchnicy, chorób przyzębia i błony śluzowej) ludności Polski w różnych grupach wiekowych, którą można uzyskać z badań monitorowanych prowadzonych według jednolitych kryteriów (ustalonych przez WHO), a przez to brak możliwości porównania ich ze stanem zdrowia jamy ustnej ludności w innych krajach.
- Odległe skutki zaniechania monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej w polskiej populacji może przyczynić się do braku poprawy, a nawet pogorszenia stanu uzębienia (wzrost frekwencji i intensywności próchnicy) i przyzębia w populacji polskiej.

Na podstawie odnalezionych dowodów naukowych należy rekomendować przedszkolne i szkolne programy prewencji próchnicy. Powinny być one tak zaprojektowane, aby uzupełniać, nie dublować świadczenia gwarantowane finansowane przez NFZ i inne programy organizowane na szczeblu ogólnokrajowym. W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 administracji samorządowej przypisano istotną rolę wśród realizatorów planowanych zadań. Wdrożenie samorządowego programu zdrowotnego dotyczącego profilaktyki próchnicy powinno być poprzedzone oceną lokalnej sytuacji w zakresie skuteczności profilaktyki i określeniem stanu lokalnych zasobów i potrzeb. Program powinien być projektowany w porozumieniu ze specjalistami-stomatologami doświadczonymi w dziedzinie prewencji próchnicy, którzy pomogą właściwie wybrać poprawne działania. Osiągnięcie efektywności programu wymaga koordynacji działań na poszczególnych szczeblach samorządowych (np. w powiecie i jego gminach).

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-39/2015, „Profilaktyka stomatologiczna” realizowany przez: gminę Kleszczów, Warszawa, marzec 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki próchnicy i poprawy stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci przedszkolnych i szkolnych – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, lipiec 2012.