



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 129/2012 z dnia 16 lipca 2012 r.**  
**o projekcie programu „Program profilaktyki próchnicy u dzieci na**  
**lata 2013-2015” miasta Krakowa**

Po zapoznaniu się z opinią Rady wydaję negatywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Program profilaktyki próchnicy u dzieci na lata 2013-2015” miasta Krakowa.

**Uzasadnienie**

Program nie definiuje populacji dzieci mających być jego beneficjentami. Nie zaplanowano w nim również akcji informacyjnej, ani nie opracowano szczegółów edukacji pacjentów i rodziców. Zaplanowany budżet wydaje się jest nieadekwatny – według obliczeń pokryje zaledwie 1/50 potrzeb. Program powiela ponadto świadczenia gwarantowane w przedmiotowym zakresie.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego z zakresu profilaktyki próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie miasta Kraków. Populację programu stanowią dzieci z placówek oświatowych w wieku 6 – 14 lat będące mieszkańcami Krakowa. Populacją, o której wspomina się w projekcie mają być także niepełnosprawne dzieci do 18 roku życia. Za główny cel programu przyjęto obniżenie zachorowalności na chorobę próchnicową i uniknięcie następstw próchnicy nieleczonej (chorób nieodwracalnych miazgi, tkanek około wierzchołkowych, wad zgryzu, chorób odogniskowych). Jako cele szczegółowe wskazano: podniesienie świadomości zdrowotnej młodzieży oraz rodziców dzieci o najniższym poziomie tej świadomości, zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży ze zdrowym uzębieniem i przyzębiem, a także poprawa dostępności zabiegów profilaktycznych. Planowane działania obejmują dwa badania jamy ustnej. Podczas pierwszej wizyty oceniany będzie stan uzębienia, usuwana płytka nazębna, wykonywane będzie lakierowanie zębów stałych. Podczas drugiej wizyty przeprowadzone będzie badanie kontrolne, lakowanie zębów stałych u dzieci z grupy ryzyka oraz lakierowanie zębów stałych.

Program ma być realizowany w latach 2013 – 2015. Projekt zawiera szacowane koszty zabiegów. Działania objęte programem mają być finansowane ze środków budżetowych Urzędu Miasta Krakowa.

**Problem zdrowotny**

Najważniejszymi czynnikami ryzyka chorób jamy ustnej są: niezdrowa dieta, palenie tytoniu, szkodliwe spożywanie alkoholu i niedostateczna higiena jamy ustnej. Zachowanie zdrowia jamy ustnej umożliwia swobodę mówienia, spożywania pokarmów, utrzymywania kontaktów towarzyskich bez poczucia dyskomfortu czy skrępowania, jest integralną częścią składową zdrowia ogólnego pacjenta i przyczynia się do dobrostanu jednostki (ang. „*well being*”).



Próchnica zgodnie z definicją WHO to proces patologiczny, umiejscowiony, pochodzenia zewnątrzustrojowego, prowadzący 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 zębów. Ze względu na kształt anatomiczny, miejscem najbardziej predysponowanym do powstawania ognisk choroby próchnicowej jest powierzchnia żująca zębów bocznych.

Próchnica zębów należy do najbardziej rozpowszechnionych chorób w populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, u 60–90% których stwierdza się ubytki w zębach. U dzieci do 3 roku życia obserwuje się szczególnie szybki rozwój procesu próchnicowego, próchnica u małych dzieci jest problemem nie tylko stomatologicznym, ale także ogólnomedycznym i społecznym. Zęby z zainfekowaną miazgą powodują dolegliwości bólowe, miejscowe stany zapalne, a nawet choroby odogniskowe. Dzieci te często wymagają kosztownego i obciążającego organizm leczenia w znieczuleniu ogólnym. Wczesna utrata kilku zębów może prowadzić do rozwoju wad zgryzu, zaburzeń rozwoju mowy, może rzutować na samoocenę dziecka i jego kontakty w grupie rówieśników. Sugerowany związek próchnicy uzębienia mlecznego z występowaniem tej choroby w uzębieniu stałym poparty jest licznymi dowodami naukowymi.

Nieleczone choroby jamy ustnej wieku dziecięcego mogą prowadzić do nieodwracalnych uszkodzeń, bólu, zniekształceń, poważniejszych problemów zdrowotnych ogólnoustrojowych, absencji w szkole, niskiej samooceny oraz jakości życia, a w skrajnym przypadku (jak wrzodząco-martwicze zapalenie jamy ustnej, łac. noma) nawet do śmierci. Odroczenie leczenia nie tylko skutkuje pogorszeniem stanu, ale również istotnie zwiększa koszty leczenia. Koszty zaniedbań są wysokie zarówno z perspektywy finansowej, jak i społecznej oraz indywidualnej. Choroba w stanie zaawansowanym może wymagać bardziej kompleksowego, droższego i prawdopodobnie bardziej traumatycznego leczenia, takiego jak: zabiegi chirurgiczne, leczenie kanałowe, ekstrakcja, leczenie w znieczuleniu ogólnym czy hospitalizacja.

Zły stan jamy ustnej w dzieciństwie często utrzymuje się w życiu dorosłym, wpływając na 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 opłacalne (kosztowo-efektywne).

Zapobieganie próchnicy powinno mieć charakter kompleksowy, tzn. powinno obejmować edukację dzieci i rodziców oraz naukę współodpowiedzialności za stan swojego zdrowia. Wiedza ta powinna dotyczyć zasad racjonalnego odżywiania, higieny jamy ustnej, potrzeby wykonywania obowiązkowych kontrolnych badań stomatologicznych, a także regularnej profilaktyki z wykorzystaniem preparatów fluorowych.

Na podstawie analizy doświadczeń międzynarodowych WHO uznała, że najkorzystniejszym środowiskiem promocji zdrowia jamy ustnej jest szkoła, gdzie realizacja programów edukacji stomatologicznej przynosi najlepsze efekty i zapewnia najszerzy krąg oddziaływania.

### **Alternatywne świadczenia**

Wykazy oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Świadczenia stomatologiczne dla dzieci do ukończenia 6. roku życia obejmuje załącznik nr 10 ww. rozporządzenia). Należą do nich: wizyta adaptacyjna z oceną stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy PUW (liczba zębów z próchnicą usuniętych lub

wypełnionych) dla zębów mlecznych, kontrola higieny jamy ustnej, profilaktyka profesjonalna próchnicy, w tym profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań, ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia, zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu – profilaktyka ortodontyczna.

Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia obejmują m.in. (załącznik 2 ww. rozporządzenia): badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy, badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy, badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniami diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez powiązania z innymi świadczeniami gwarantowanymi, zabezpieczenie bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym – 1 raz do ukończenia 7. roku życia, lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego, usunięcie złogów nazębnych nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia.

Świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia (załącznik 11 ww. rozporządzenia) obejmują: wiek 7 lat – ocenę stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy PUW (DMF) dla zębów stałych i PUW dla zębów mlecznych, oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW dla zębów stałych i wskaźnika PUW dla zębów mlecznych, wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu: wyraźnego zniekształcenia lub wyraźnego ograniczenia funkcji żucia lub gryzienia, kwalifikację do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa; wiek 10 lat: – jw.; wiek 12 i 13 lat – jw. – dla zębów stałych.

W załączniku 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w zakresie świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania znajduje się „prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I–VI) znajdujących się na obszarach gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l, grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi”.

### **Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję**

Podstawowe zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy wynikające z odnalezionych wytycznych, opartych na systematycznych przeglądach dowodów naukowych (również wskazówki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego oraz pytanych 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 u lekarza stomatologa. 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 zasadnicze 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 odnalezionych dowodów naukowych należy rekomendować przedszkolne i szkolne programy prewencji próchnicy. Powinny być one tak zaprojektowane, aby uzupełniać, a nie powielać świadczenia gwarantowane finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia 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).

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

I. Dostępność działań programu dla beneficjentów – nie zaplanowano akcji informacyjnej. Pojawiają się nieścisłości co do właściwej populacji, wydaje się, że będą to dzieci w wieku 6–14-lat. Wydaje się, że możliwości budżetowe nie wystarczą na przebadanie wszystkich dzieci; nie jest jasne, na podstawie jakich kryteriów dzieci będą kwalifikowane do udziału w programie – co stwarza ryzyko nierównego dostępu do oferowanych świadczeń.

II. Skuteczność interwencji – w projekcie odniesiono się do skuteczności tylko jednego z wielu planowanych działań.

III. W projekcie nie przedstawiono sposobu monitorowania realizacji programu.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu „Program profilaktyki próchnicy u dzieci na lata 2013–2015” realizowanym przez miasto Kraków, nr: AOTM-OT-441-9/2012, Warszawa, lipiec 2012 i aneksu „Programy profilaktyki próchnicy i poprawy stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci przedszkolnych i szkolnych – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, lipiec 2012.