



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 64/2015 z dnia 30 marca 2015 r.
o projekcie programu „Toruń olśniewa uśmiechem”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu „Toruń olśniewa uśmiechem”, pod warunkiem uwzględnienia przedstawionych poniżej uwag.

Uzasadnienie

Projekt dotyczy ważnego problemu zdrowotnego i zgodnie z zamierzeniami autorów ma objąć odpowiednie grupy wiekowe dzieci i młodzież gminy Toruń. Projekt nie został jednak w pełni przygotowany zgodnie z zaleceniami AOTM i zawiera kilka istotnych niejasności i uchybień.

Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż. Są finansowane przez NFZ. Nie jest jasne, w jakiej relacji pozostają do siebie świadczenia NFZ oraz świadczenia planowane z budżetu gminy. Nie wiadomo kiedy program się zaczyna i kiedy się kończy. Projekt powinien jasno określić, czy i w jakiej mierze realizacja projektu stanowi uzupełnienie interwencji przewidzianych ze środków publicznych.

Założony w projekcie programu budżet może nie wystarczyć na realizację wszystkich planowanych w projekcie interwencji oraz przeprowadzenie kampanii informacyjnej. Nie wiadomo zwłaszcza, jaki jest horyzont czasowy realizacji programu.

Nie zostały jasno określone kryteria monitorowania programu. Brak jest szczegółowych informacji dotyczących rozpoczęcia, realizacji oraz zakończenia programu.

Brakuje również wzoru zgody rodziców na udział dziecka w programie.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej gminy Toruń w zakresie poprawy stanu zdrowia jamy ustnej, zwiększenia świadomości prozdrowotnej dotyczącej nawyków higienicznych i żywieniowych dzieci i młodzieży uczęszczających do szkół podstawowych, gimnazjów i liceów (grupy wiekowe 8, 11, 14 i 17 lat) oraz przeprowadzenie instruktażu udzielania I pomocy w przypadku urazów zębów mlecznych i stałych wśród dzieci, rodziców, opiekunów, nauczycieli i pielęgniarek szkolnych. Nie określono precyzyjnie jaki jest czas realizacji programu (autorzy wskazują 3 horyzonty czasowe: 5 lat, 10 lat, bezterminowo). Planowany całkowity koszt realizacji programu został określony na ok. 150 000 zł.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej gminy Toruń

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu zdrowotnego odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego, jakim jest profilaktyka pierwotna i wtórna próchnicy zębów oraz poprawa stanu zdrowia jamy ustnej w populacji dzieci. Założenia związane z projektem programu pokrywają się również z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007- 2015, gdzie jeden z celów operacyjnych dotyczy: intensyfikacji zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

Zabrakło przedstawienia

Cele i efekty programu

Głównym celem Programu jest Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej, zwiększenie świadomości prozdrowotnej dotyczącej nawyków higienicznych i żywieniowych dzieci i młodzieży uczęszczających do szkół podstawowych, gimnazjów i liceów (grupy wiekowe 8, 11, 14 i 17 lat) na terenie gminy Toruń oraz przeprowadzenie instruktażu udzielania I pomocy w przypadku urazów zębów mlecznych i stałych wśród dzieci, rodziców, opiekunów, nauczycieli i pielęgniarek szkolnych. Autorzy słusznie rozgraniczają populacje dzieci. Dodatkowo Wnioskodawca określa 9 celów szczegółowych, uzupełniających założenie główne programu. Odnosi się m.in. zwiększenia liczby dzieci, u których zastosowano profesjonalne metody profilaktyki stomatologicznej, przeciwdziałania rozwojowi próchnicy i chorób przyzębia oraz wadom zgryzu u dzieci, obalenia stereotypu, że zębów mlecznych nie należy leczyć, zmniejszenia zjawiska strachu przed wizytą w gabinecie stomatologicznym wśród dzieci, zwiększenia dostępności do świadczeń profilaktycznych, ograniczenia przypadków zaawansowanej próchnicy oraz utraty zębów u dzieci, zmniejszenia kosztów leczenia stomatologicznego w późniejszych latach, zwiększenia wiedzy dotyczącej udzielania I pomocy przez nauczycieli, pielęgniarki, szkolne i rodziców / opiekunów w przypadku urazów w obrębie jamy ustnej

Mierniki efektywności programu będą mieć większą wartość informacyjną, jeśli zostaną odniesione do takich samych mierników określonych dla populacji docelowej na początku trwania programu. Przedstawienie liczb dla poszczególnych mierników bez kontekstu wcześniejszej sytuacji nie stanowi o efektywności działań w programie.

Populacja docelowa

Adresatami Programu są dzieci zamieszkujące gminy Toruń. 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. Nie dołączono do projektu programu wzoru zgody na udział dziecka w programie.

Wnioskodawca określił, że całościową populację dzieci w wieku 8, 11, 14 oraz 17 lat na terenie gminy Toruń stanowi ok 7 000 osób. Dane te pokrywają się z danymi GUS za 2013 r. Do II etapu programu szacuje się, że ma zostać włączonych ok. 70% populacji.

Głównymi kryteriami kwalifikacji są miejsce zamieszkania oraz wyrażenie zgody przez rodzica/opiekuna. Należy zaznaczyć, że z opisu programu wynika iż będzie on mieć wielopłaszczyznowy charakter tj. przewiduje się prowadzenie różnego typu pogadań i akcji edukacyjnych, a także będą prowadzone akcje stricte związane z zabezpieczeniem zębów przed pojawieniem się próchnicy. Takie zabiegi poczynione przez autorów programu powodują usystematyzowanie i uporządkowanie świadczeń co wpływa korzystnie na przejrzystość projektu programu.

W Projekcie programu zawarto sposób zapraszania do udziału w programie. Do uczestnictwa w programie zapraszane będą dzieci kolejnych roczników - uczniowie klas I-V szkoły podstawowej, II gimnazjum i liceum mieszkający w Toruniu. Realizator programu we współpracy z dyrekcją toruńskich szkół dostarczy zaproszenia uczniom objętym programem, jak również pracownikom oświaty oraz rodzicom i opiekunom w/w uczniów.

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.

Wnioskodawca odnosi się do obecnego postępowania w zakresie dostępnych bezpłatnie świadczeń dla populacji dzieci, wspominając chociażby o lakowaniu zębów, które jest

finansowane przez NFZ u dzieci przed ukończeniem 7 r.ż. 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 stomatologicznego.

Projekt programu został podzielony na 3 etapy: profilaktykę pierwotną, wtórna oraz I pomoc stomatologiczną w urazach zębów mlecznych i stałych. Pomimo dobrze opracowanego podziału na etapy nie wskazano ile osób szacuje się objąć działaniami na poszczególnych etapach trwania programu. To dość istotne w celu oszacowania późniejszych kosztów całkowitych programu.

W programie mogą wziąć udział wszystkie dzieci w wieku 8, 11, 14 oraz 17 lat z terenu gminy Toruń. Zgodnie z informacjami zawartymi w projekcie programu po wyrażeniu zgody przez rodziców bądź opiekunów prawnych, dziecko może wziąć udział w programie.

Autorzy projektu programu nie zdefiniowali sposobu powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych. Należałoby jasno zaznaczyć w treści projektu programu, że świadczenia stomatologiczne udzielane w ramach niniejszego programu zdrowotnego będą uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych i będą je wspierać.

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 wspierać, a nie dublować.

Autorzy projektu programu również nie określili sposobu zakończenia udziału w programie. Jedyną informacją jest fakt, że dentysta ma przekazać informacje rodzicom lub opiekunom prawnym o stanie uzębienia dziecka i ewentualnym dalszym postępowaniu. Nie wskazano czy na każdym etapie programu dziecko może zrezygnować z udziału w programie.

Wnioskodawca nie przedstawił również w jaki sposób mają wyglądać sposoby przyjęć osób podczas programu, nie zostały wskazane godziny oraz miejsca przyjęć.

Wybór realizatora programu nastąpi podczas prowadzenia konkursu. Powinno zawrzeć się informacje, że program powinien mieć charakter otwarty.

Autorzy programu zaplanowali przeprowadzenie kampanii edukacyjnej. Autorzy nie planują stricte akcji promocyjnej, jedynie zakłada się przekazanie informacji bezpośrednio przez dyrekcję do nauczycieli, rodziców lub opiekunów prawnych.

Autorzy niejednoznacznie określili horyzont czasowy dla programu. Czas trwania programu określają jako bliski horyzont czasowy (5 lat), docelowy czas trwania programu (10 lat lub bezterminowo). Należałoby jasno sprecyzować ile program będzie trwać. Jest to niezbędne chociażby w przypadku szacowania budżetu.

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. W przypadku zgłaszalności oraz jakości działań, wskaźniki zostały prawidłowo określone, natomiast w przypadku wskaźników efektywności należałoby się skupić na ocenie jak działania prowadzone podczas trwania programu wpłynęły na zmniejszenie dzieci, u których chociażby występował problem próchnicy zębów. Autorzy

jedynie stwierdzili, że efektywność programu zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu zbliżonego do opisywanego w cytowanej przez autorów literaturze naukowej.

Warunki realizacji

Autorzy projektu programu nie przedstawili kosztów jednostkowych. Nie oszacowali również jaka populacja zostanie objęta działaniami programu w każdym z trzech etapów programu. Podane jedynie zostało w projekcie, że 70% dzieci z liczby 7 000 dzieci zamieszkujących teren gminy Toruń weźmie udział w II etapie programu. Nie wiadomo jak dużo osób ma wziąć udział w I oraz w III etapie programu. Oszacowanie brakujących populacji w danych etapach zapewne zdecydowanie ułatwiłoby ocenę kosztu jednostkowego. Koszt całkowity został oszacowany na kwotę 150 000 zł. Kwota podana przez wnioskodawcę nie może zostać zweryfikowana przez analityka AOTMiT z uwagi na brak danych wejściowych tj. oszacowań populacji włączonej do programu oraz kosztu jednostkowego. Również nie jest jasne czy koszt całkowity dotyczy trwania programu przez 5, 10 lat.

Należy pamiętać, że na udział dziecka w programie musi wyrazić zgodę rodzic bądź opiekun. Biorąc pod uwagę fakt jak mała jest świadomość rodziców na temat profilaktyki próchnicy w Polsce, istnieje spore prawdopodobieństwo, że część rodziców nie wyrazi zgody na udział dziecka w programie, co tym samym może przenieść się na ogólną liczbę dzieci uczestniczących w programie.

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.

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 stomatologicznego.

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 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).

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. Swoimi działaniami ma również objąć kadrę pracowników oświaty oraz rodziców i opiekunów uczniów.

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-441-64/2015, „Toruń olśniewa uśmiechem” realizowany przez: Gminę Toruń, 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.