



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 66/2022 z dnia 27 grudnia 2022 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.**

**„Program polityki zdrowotnej Gminy Kleszczów na lata 2023-2025
w zakresie profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej Gminy Kleszczów na lata 2023-2025 w zakresie profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Założenia przedstawionego projektu programu polityki zdrowotnej wskazują, że może on stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Głównym argumentem wpływającym na tę opinię jest prawidłowy dobór populacji docelowej i zaplanowanie interwencji zgodnie z wytycznymi czołowych towarzystw naukowych i ekspertów klinicznych. Zgodnie z zaplanowanym budżetem, zaplanowane interwencje zostaną sfinansowane w programie dla 100% populacji spełniającej kryteria kwalifikacji do programu.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości, należy uwzględnić uwagi przedstawione w opinii, w szczególności zdefiniować cel główny, który zostać sformułowany w sposób zbyt ogólny oraz przeformułować cele szczegółowe i mierniki efektywności.

Ponadto, należy zaznaczyć, że zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2021 poz. 2148 z późn. zm.) wskazane przez wnioskodawcę interwencje znajdują się w wykazie świadczeń ogólnostomatologicznych stanowiącym załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia, dlatego należy wyeliminować ryzyko podwójnego finansowania (możliwość powielania u danego pacjenta świadczeń finansowanych z środków Narodowego Funduszu Zdrowia), co zostało uwzględnione zarówno w kryteriach kwalifikacji do programu, jak i w warunkach realizacji świadczeń, które mają być udzielane bez limitu, a dodatkowo być dostępne dla populacji osób dorosłych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki stomatologicznej na lata 2023-2025. Populację docelową opiniowanego projektu stanowią pełnoletni mieszkańcy gminy Kleszczów. W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie wizyty kwalifikacyjnej, świadczeń stomatologicznych oraz działań edukacyjnych. Koszt całkowity programu oszacowano na 7 500 000 zł. Program będzie finansowany z budżetu gminy Kleszczów.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest próchnica zębów, która definiowana jest jako choroba wieloczynnikowa, dynamiczna, spowodowana biofilmem i modulowana dietą. Przedstawiono opis problemu zdrowotnego, wskazując na definicję, czynniki etiologiczne, następstwa oraz czynniki ryzyka. Wskazano także na znaczenie działań profilaktycznych stosowanych w wykrywaniu próchnicy.

Projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Należy jednak zaznaczyć, że część z referencji odnosi się do populacji dzieci i młodzieży, która nie jest objęta programem.

Odniesiono się do danych epidemiologicznych korespondujących z wybranym problemem zdrowotnym. Przedstawiono dane światowe, ogólnopolskie i regionalne.

W projekcie powołano się na raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) dotyczący stanu zdrowia jamy ustnej Polaków. W kontekście danych regionalnych odniesiono się do analizy stanu zdrowia mieszkańców województwa, gdzie zwrócono uwagę na poziom bezrobocia i zagrożenie ubóstwem, co, jak podkreślano, stanowi ważny czynnik wpływający na ograniczenie dostępu do różnego rodzaju usług, w tym świadczeń zdrowotnych. Wskazano także na problem w zapewnieniu równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, a także nierównomierne rozmieszczenie przestrzenne kadry medycznej, które utrudnia właściwe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Przedstawiono dane dot. wpływu wybranych czynników tj. palenia tytoniu, spożywania alkoholu, oraz ryzyka żywieniowego na DALY w poszczególnych województwach. Odniesiono się także do nieaktualnej MPZ, wskazując informacje dot. zapadalności, liczby świadczeniodawców, badań lekarskich, leczenia endodontycznego.

Należy podkreślić, że Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazuje na analizę potrzeb zdrowotnych także w kontekście stomatologii.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem projektu programu jest „poprawa stanu zdrowia jamy ustnej pełnoletnich osób uczestniczących w programie, rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023- 2025”.

Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być zdefiniowany precyzyjnie, w odniesieniu do planowanego czasu i zakładanego efektu zdrowotnego, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Cel główny został sformułowany niepoprawnie, bo w sposób zbyt ogólny. Ponadto poprawa stanu zdrowia jamy ustnej może nastąpić również w przypadku innych działań stosowanych poza programem. Zatem cel główny należy doprecyzować.

W projekcie wskazano również 2 cele szczegółowe:

- (1) „podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w zakresie próchnicy u pełnoletnich osób rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023-2025”,

(2) „zwiększenie liczby pełnoletnich osób stosujących się do zasad prawidłowych technik higieny jamy ustnej osób rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023-2025”,

Cel szczegółowy powinien odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś jego osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinien być mierzalny i możliwy do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej.

W obu celach szczegółowych nie wskazano wartości docelowej do jakiej należy dążyć. W kontekście działań edukacyjnych zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Z kolei w wyniku prowadzonych działań w ramach PPZ możliwe jest zwiększenie liczby osób stosujących się do zasad prawidłowych technik higieny jamy ustnej. Jednak ze względu na sformułowanie celu dobrane poprawnych, obiektywnych mierników efektywności jest utrudnione.

W projekcie programu zaproponowano 3 mierniki efektywności:

- (1) „liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie pełnoletnich osób rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023-2025”,
- (2) „liczba osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych nakierowanych na niwelowanie próchnicy w odniesieniu do wszystkich pełnoletnich osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023-2025”,
- (3) „liczba pełnoletnich osób szczotkujących zęby przynajmniej dwukrotnie w ciągu dnia i/lub stosujących płukanki w stosunku do wszystkich uczestników programu rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023-2025”.

Należy zaznaczyć, że mierniki powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary.

Należy podkreślić, że miernik nr 3 ma charakter deklaracyjny. Istnieje zatem ryzyko zawyżenia wyników. Wymaga on zatem przeformułowania.

Populacja docelowa

Zgodnie z treścią projektu, działania realizowane w ramach programu adresowane są do pełnoletnich mieszkańców gminy Kleszczów. Zaznaczono, że liczba mieszkańców gminy wynosi 6 462 osób, z czego 50,7% (3 278 os.) stanowią kobiety, a 49,3% (3 184 os.) mężczyźni. Dane dot. liczebności mieszkańców są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej GUS. W czasie trwania 3-letniego PPZ populację docelową stanowić będzie 5 024 osób, w tym 2 562 kobiet oraz 2 462 mężczyzn.

Działania informacyjne zaplanowane w PPZ będą skierowane do całej dorosłej populacji zamieszkującej gminę, natomiast działania edukacyjne i diagnostyczne – do osób pełnoletnich spełniających kryteria włączenia do programu. Wskazano, że „uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował realizator/realizatorzy w ofercie. Programem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji. Biorąc pod uwagę założenia przedstawione w budżecie, zaplanowano objęcie 100% populacji, tj. 5 024 osób.

Kryteria włączenia do programu to: wiek (od 18 r.ż. – potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia), zameldowanie na terenie gminy Kleszczów

(za okazaniem stosownego zaświadczenia lub poświadczenia zameldowania za pomocą aplikacji mObywatel) oraz podpisanie druku świadomej zgody na udział w programie.

Kryteria wyłączenia z programu to pozostawanie pod stałą, kompleksową opieką poradni stomatologicznej w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych, brak pisemnej zgody na udział w programie, brak udokumentowania miejsca zameldowania na terenie gminy Kleszczów, brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika oraz wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie wizyty kwalifikacyjnej, świadczeń stomatologicznych oraz działań edukacyjnych. Wśród interwencji wskazano na następujące świadczenia: badanie lekarskie stomatologiczne i ocena stanu zdrowia jamy ustnej wraz z oceną wskaźnika PUW; lakierowanie, fluoryzacja według potrzeb zębów stałych; leczenie zębów stałych kompozytami światłoutwardzalnymi; znieczulenie miejscowe nasiękowe stosowane w połączeniu z innymi świadczeniami stomatologicznymi; znieczulenie przewodowe wewnątrzustne stosowane w połączeniu z innymi świadczeniami stomatologicznymi. Dodatkowo, w ramach programu możliwe będzie wykonanie pojedynczych zdjęć wewnątrzustnych za pomocą aparatu rentgenowskiego. Podkreślono, że procedura ta zostanie zastosowana w odniesieniu do każdego z uczestników na podstawie skierowania od lekarza dentystry. Wskazano, że liczba zdjęć nie będzie limitowana i wyniknie z uzasadnionej potrzeby oraz planu działań profilaktycznych ustalonych przez lekarza.

Opisane działania znajdują potwierdzenie w odnalezionych rekomendacjach klinicznych.

W projekcie zaplanowano także przeprowadzenie działań edukacyjnych w formie dostosowanej do potrzeb uczestników np. w formie e-learningu, wykładów, materiałów audiowizualnych, telekonferencji. Zaznaczono także, że szkolenie może zostać przeprowadzone w formie indywidualnej podczas wizyty u stomatologa. Tematyka działań edukacyjnych obejmie korzyści płynące z kontrolnych wizyt stomatologicznych, produkty i środki higieny jamy ustnej jakie należy stosować w celu zahamowania rozwoju próchnicy, skutki zdrowotne nieleczzonej próchnicy oraz korzyści płynące z regularnej profilaktyki stomatologicznej, bez względu na wiek pacjenta. Szkolenia mają mieć charakter ok. 60 minutowych prelekcji, podczas których zostaną przekazane materiały edukacyjne.

Wskazano także na przeprowadzenie szkoleń, podczas których zostaną zaprezentowane poprawne techniki szczotkowania zębów i sposoby utrzymania dobrego stanu zdrowia jamy ustnej. Podkreślono, że „wykłady będą dostosowane do potrzeb i charakterystyki populacji docelowej, tak aby uzyskać widoczne efekty zdrowotne”. W projekcie zaznaczono, że powyższe działania powinny następować co najmniej dwa razy w roku. W kontekście działań edukacyjnych zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu pozwalającego na obiektywną weryfikację przyrostu wiedzy. Ww. testu nie dołączono do projektu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji.

Ponadto wskazano również na organizowanie np. kampanii medialnych, pikników, pogadanek edukacyjnych, warsztatów, poradnictwa/szkoleń, wydarzeń rekreacyjno-sportowych. Zaznaczono, że w zależności od możliwości organizacyjnych, uczestnicy programu mogą otrzymać drobne akcesoria np. szczoteczkę do zębów lub nić dentystyczną. Dodatkowo w PPZ założono, że zajęcia nie będą ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników.

Należy jednak zaznaczyć, że w projekcie nie przedstawiono szczegółowych informacji dotyczących m.in. tematyki prowadzonych działań. Wskazano na różne możliwości, które mogą zostać wykorzystane w przygotowywaniu działań edukacyjnych, co potwierdza również uogólniony budżet w tym zakresie.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi (RACGP 2021), zalecenia w zakresie edukacji osób z grup ryzyka obejmują: ograniczenie spożywania przekąsek i słodkich napojów między posiłkami; szczotkowanie zębów dwa razy dziennie przy użyciu pasty z fluorem; nadzór rodzicielski podczas szczotkowania

w przypadku dzieci do 8 r.ż.; stosowanie w domu past, żelów i płynów do płukania z wysoką zawartością fluoru u dzieci powyżej 10 r.ż. i dorosłych z grup ryzyka; stosowanie nici dentystycznych; stosowanie ochraniaczy na zęby podczas uprawiania sportu; uświadamianie wpływu palenia papierosów, żucia tytoniu i nadmiernego spożywania alkoholu oraz regularne przeglądy dentystyczne.

Interwencja edukacyjna została zaplanowana poprawnie, ale należy doprecyzować liczbę osób poddanych tej interwencji.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Należy podkreślić, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności będzie przeprowadzona na podstawie informacji dotyczących liczby uczestników, które zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Wskazano także na bieżącą ocenę realizacji programu, która będzie polegała na analizie raportów okresowych, informacji składanych na życzenie instytucji finansującej program, sprawozdań z realizacji programu. Podkreślono, że będzie także monitorowana liczba zgód na udział w programie oraz jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania programu. Ponadto zaplanowano analizę „liczby osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w wywiadzie kwalifikacyjnym”, „liczby osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie”, „liczby osób, która zdecydowała się wziąć udziału w zaplanowanych działaniach edukacyjnych” oraz „liczby osób poddanych poszczególnym zabiegom profilaktyki stomatologicznej”. Wskazano także na przeanalizowanie populacji, która nie weźmie udziału w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Działania zostały zaplanowane poprawnie.

W kontekście oceny jakości świadczeń wskazano na przeprowadzenie ankiety satysfakcji. Ww. ankieta została dołączona do projektu i nie budzi zastrzeżeń. W programie zaznaczono także, że ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie stomatologii np. konsultanta wojewódzkiego.

Zgodnie z treścią programu, ocena efektywności będzie przeprowadzana z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych mierników efektywności. Dodatkowo, zaplanowano analizę: „odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych, w stosunku do wszystkich uczestników programu”, „odsetka osób, u których doszło do pogłębienia próchnicy pomimo przeprowadzonych działań profilaktycznych, w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych, w stosunku do wszystkich uczestników programu”, „liczby osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat próchnicy” oraz „odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu higieny jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźnika OHI-S, w stosunku do wszystkich uczestników programu”. Wskazano także, że jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwolą, zostanie przedstawione „porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia” oraz „porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia”.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w ocenianym PPZ. Niemniej należy uwzględnić uwagi dotyczące celów i efektów programu.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy realizacji PPZ. Pierwszym z nich będzie rekrutacja uczestników w celu weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji. Kwalifikację pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora, natomiast pod względem wymagań medycznych – lekarz lub pielęgniarka. Następnym etapem będą interwencje medyczne i edukacyjne.

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie działań edukacyjnych w formie dostosowanej do potrzeb uczestników np. w formie e-learningu, wykładów, materiałów audiowizualnych, telekonferencji. Zaznaczono także, że szkolenie może zostać przeprowadzone w formie indywidualnej podczas wizyty u stomatologa.

Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wskazano, że procedury diagnostyczne i terapeutyczne zostaną przeprowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Akcja informacyjna będzie prowadzona m.in. poprzez stronę internetową urzędu gminy, informacje w lokalnych mediach, na terenie instytucji publicznych, szkół, sklepów oraz w gabinetach stomatologicznych realizujących program.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W projekcie programu przedstawiono koszt jednostkowy, wynoszący 1 492,80 zł/os., koszty pośrednie w wysokości 45 000 zł, w tym ewaluacja i monitorowanie – 10 000 zł, personel PPZ – 10 000 zł, personel obsługowy – 10 000 zł, działania informacyjno-edukacyjne – 15 000 zł. Wyszczególniono także koszty bezpośrednie – 2 455 000 zł, w tym: przygotowanie i prowadzenie działań edukacyjnych – 25 000 zł, przeprowadzenie każdej interwencji w ramach PPZ wraz z zakupem gadżetów promocyjnych – 2 400 000 zł, realizacja edukacji – 15 000 zł, wywiad kwalifikacyjny – 15 000 zł.

Planowane koszty całkowite: 7 500 000 zł (2 500 000 zł rocznie).

Program ma być sfinansowany w całości z budżetu gminy Kleszczów.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Termin „próchnica zębów” może być używany do opisanego zarówno procesu chorobowego, jak i zmiany nieubytkowej lub kawitacyjnej, która powstaje w wyniku procesu chorobowego. Bakteriami odpowiedzialnymi za proces próchnicotwórczy są streptokoki (*S. mutans*, *S. sobrinus*, *S. salivarius*). Do najbardziej próchnicotwórczych szczepów streptokoków zaliczany jest szczep *S. mutans*, natomiast pozostałe szczepy streptokoków i inne bakterie (*Lactobacillus*) wykazują mniejsze działanie próchnicotwórcze. Próchnicę wywołują m.in. czynniki wewnątrzustrojowe takie jak oddziaływanie drobnoustrojów na ulegające fermentacji węglowodany dostarczane wraz z dietą. Patologia obejmuje zmineralizowane tkanki zęba (szkliwo, zębinę i cement) powodując odwapnienie (demineralizację) oraz rozpad (dezintegrację) zawartych w nich substancji organicznych.

Do określania rozpowszechnienia i nasilenia próchnicy zębów stosowany jest wskaźnik próchnicy PUW. Wskaźnik może odnosić się do zębów (PUWz) lub powierzchni zębów (PUWp). Zęby stałe oznacza się dużymi literami P, U oraz W. Liczba PUW oznacza sumę zębów z pierwotną lub wtórną zmianą próchnicową (P), z próchnicą przebyłą, kiedy zęby zostały usunięte z powodu próchnicy (U), lub wypełnione (W). Liczba PUW większa od 0 informuje, że dana osoba jest lub była dotknięta próchnicą (wystarczy obecność jednego wypełnienia).

W populacji osób dorosłych dominuje natomiast próchnica wtórna, która stanowi 50-90% zmian. Z kolei u osób starszych poza próchnicą wtórną korony pojawia się także próchnica korzenia.

Do czynników ryzyka wystąpienia próchnicy, chorób przyzębia, nowotworu jamy ustnej zaliczane są: niższy status społeczno-ekonomiczny oraz utrudniony dostęp do opieki stomatologicznej, podeszły wiek (w tym przebywanie w domach opieki), zamieszkiwanie na terenach wiejskich i odległych, status migranta (w szczególności status uchodźcy), palenie tytoniu >50 r. ż., żucie tytoniu, nadużywanie

alkoholu, zmniejszone wydzielanie śliny (np. na skutek radioterapii głowy i szyi, zespołu Sjögrena, terapii wielolekowej, w tym leków psychotropowych).

Próchnica zębów jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą i poważnym problemem zdrowia publicznego w skali globalnej. Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia w aktualnym raporcie o stanie zdrowia jamy ustnej, ponad jedna trzecia światowej populacji żyje z nieleczoną próchnicą zębów. Jej rozpowszechnienie waha się od 46% w krajach o średnich dochodach do 38% w krajach o wysokich dochodach. Najwyższe wskaźniki notowane są w krajach o niższych i średnich dochodach (244 mln przypadków), natomiast najniższe – w krajach o wysokich dochodach (45 mln przypadków). Na podstawie danych z 21 krajów europejskich w populacji seniorów wskaźnik PUW osiągał wyższe wartości i mieścił się w granicach 14,7-25,5. Wykazano także, że w ostatnich dwóch dekadach nastąpił spadek występowania próchnicy zarówno w populacji osób dorosłych jak i w mniejszym stopniu wśród seniorów.

W Polsce, w ramach zrealizowanego programu Ministerstwa Zdrowia pn. „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020”, oceniono stan zdrowia uzębienia i tkanek przyzębia, a także potrzeby w zakresie leczenia stomatologicznego i wskaźniki leczenia zachowawczego próchnicy zębów w populacji dzieci młodzieży oraz osób dorosłych (35-44 lata) i seniorów (65-74 lata). Opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia raport stanowiący podsumowanie wyników badań z lat 2016-2022, przedstawia problem próchnicy w populacji polskiej w podziale na województwa z uwzględnieniem płci, wieku i miejsca zamieszkania. Na uwagę zasługuje fakt, że analizy porównawcze stanu zdrowia jamy ustnej, w tym próchnicy przeprowadzane są zazwyczaj w populacji dzieci i młodzieży. Znacznie mniej danych epidemiologicznych zarówno polskich i światowych odnosi się do aktywnych zawodowo osób dorosłych. Na podstawie uzyskanych w ramach programu danych, szacuje się, że w Polsce frekwencja próchnicy w populacji osób dorosłych w 2017 roku wynosiła ponad 99%. Jedynie 0,9% badanych osób było wolnych od próchnicy.

Alternatywne świadczenia

Obecnie w Polsce zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2021 poz. 2148 z późn. zm.) wskazane przez wnioskodawcę interwencje znajdują się w wykazie świadczeń ogólnostomatologicznych stanowiącym załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Regularna higiena jamy ustnej i żywienie zgodne z zaleceniami ukierunkowanymi na ograniczenie ryzyka próchnicy wpływa na poprawę zdrowia ogólnego i poprawia jakość życia osób starszych (ACFF 2020),
- Edukacja prozdrowotna osób starszych i ich opiekunów jest kluczowym elementem profilaktyki stomatologicznej i istotnym elementem opieki medycznej (ACFF 2020),
- Zalecenia dotyczące domowej higieny jamy ustnej dla pacjentów dorosłych obarczonych ryzykiem próchnicy obejmują m.in. dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą zawierającą 1450 ppm fluoru, jeśli to możliwe – stosowanie elektrycznej szczotki do zębów, która jest skuteczniejsza w eliminacji płytki nazębnej niż szczotka ręczna, codzienne stosowanie nici dentystycznych i/lub szczoteczek międzyzębowych,
- W ramach profesjonalnej profilaktyki stomatologicznej zaleca się: kontrolę stanu zdrowia jamy ustnej – 4 razy w roku, aplikację lakieru fluorowego zawierającego 5% NaF – 4 razy w roku, aplikację lakierów zawierających 1% CHX – 4 razy w roku, zdjęcia skrzydłowo-zgryzowe – co 6-12 miesięcy (ACFF 2017),
- Stomatolodzy w trakcie każdej wizyty powinni informować pacjentów lub ich rodziców/opiekunów o konieczności dbania o higienę jamy ustnej (OHF 2022, NICE 2015),

- Zalecenia w zakresie edukacji osób z grup ryzyka obejmują: ograniczenie spożywania przekąsek i słodkich napojów między posiłkami; szczotkowanie zębów dwa razy dziennie przy użyciu pasty z fluorem; nadzór rodzicielski podczas szczotkowania w przypadku dzieci do 8 r.ż.; stosowanie w domu past, żelów i płynów do płukania z wysoką zawartością fluoru u dzieci powyżej 10 r.ż. i dorosłych z grup ryzyka; stosowanie nici dentystycznych; stosowanie ochraniaczy na zęby podczas uprawiania sportu; wpływ palenia papierosów, żucia tytoniu i nadmiernego spożywania alkoholu; regularne przeglądy dentystyczne (RACGP 2021),
- Elementy takie jak edukacja pacjenta, skłonność pacjenta do zmian, porada dietetyczna, inne metody profilaktyczne oraz okresowe badania kontrolne powinny być wzięte pod uwagę jako nieodłączna część planu profilaktyki próchnicy (ADA 2013).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

- Proksymalne zmiany próchnicowe można skutecznie leczyć nieoperacyjnie/nieinwazyjnie, minimalnie/mikroinwazyjnie i odtwórczo, w zależności od stopnia zaawansowania zmiany i aktywności próchnicy (Splieth 2020),
- W przeglądzie systematycznym Zhang 2019 wskazano na szereg czynników predykcyjnych ryzyka próchnicy korzeni w różnych kategoriach. Osoby starsze, o niższym statusie społeczno-ekonomicznym lub osoby palące tytoń, a także osoby z większym doświadczeniem próchnicy, recesją dziąseł i gorszą higieną jamy ustnej są bardziej narażone na rozwój nowej próchnicy korzeni. Poprawa higieny jamy ustnej, zapobieganie recesji dziąseł i stosowanie fluoru są użyteczną strategią zapobiegania nowej próchnicy korzeni,
- W RCT Wide 2018, testując interwencję psychologiczną – Terapię Akceptacji i Zaangażowania (ang. Acceptance and Commitment Therapy, ACT) na młodych dorosłych (w wieku 18-25 lat) z dużą częstością występowania próchnicy, stwierdzono natychmiastowy pozytywny efekt w postaci poprawy zachowań zdrowotnych jamy ustnej, w tym częstszego szczotkowania zębów, nitkowania i używania nici dentystycznej, wykałaczek i dodatkowego użycia fluoru,
- W przeglądzie systematycznym Ricketts 2013 stopniowe usuwanie próchnicy (technika usuwa próchnicę etapami podczas dwóch wizyt w odstępie kilku miesięcy, dając miazdze zęba czas na odłożenie zębiny naprawczej) spowodowało 56% zmniejszenie częstości odsłonięcia miazgi o 56% (RR 0.44, [95% CI: (0.33;0.60)], P < 0.00001, I² = 0%) w porównaniu z całkowitym usunięciem próchnicy w oparciu o dowody średniej jakości. W tym samym przeglądzie częściowe usunięcie próchnicy (technika usuwa część próchnicy zębiny, a resztki próchnicy zamyka się na stałe w zębie) zmniejszyło częstość odsłonięcia miazgi o 77% w porównaniu z całkowitym usunięciem próchnicy (RR 0.23, [95% CI: (0.08;0.69)], P= 0.009, I² = 0%) również w oparciu o dowody średniej jakości.

Podsumowanie opinii ekspertów

Eksperci kliniczni wskazują na zasadność działań profilaktyczno-edukacyjnych w zakresie poprawy stanu uzębienia populacji w Polsce. Niemniej podkreślają konieczność szczegółowej analizy sytuacji zdrowotnej w tym zakresie.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.74.2022 „Program polityki zdrowotnej Gminy Kleszczów na lata 2023- 2025 w zakresie profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej”; data ukończenia grudzień 2022 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 176/2022 z dnia 19 grudnia 2022 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej Gminy Kleszczów na lata 2023-2025 w zakresie profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej”.