



## **Rekomendacja nr 9/2017**

**z dnia 2 marca 2017 r.**

### **Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Lakierowanie zębów ¼ łuku zębowego” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia stomatologicznego.**

**Prezes Agencji rekomenduje** zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w ramach leczenia stomatologicznego.

#### **Uzasadnienie rekomendacji**

**Prezes Agencji uważa** za zasadne zakwalifikowanie wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenie gwarantowane.

Odnalezione przeglądy systematyczne wskazują, że lakierowanie zębów (w tym również mlecznych) w porównaniu z brakiem leczenia jest skuteczną metodą w prewencji choroby próchnicowej.

Powyższe stwierdzenie odnajduje swoje potwierdzenie w wytycznych klinicznych oraz w opiniach ekspertów.

Jednakże należy wskazać, że obecnie profilaktyka fluorkowa dotycząca zębów zarówno mlecznych jak i stałych jest obecnie finansowana w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego „Wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia oraz warunki ich realizacji”. Dlatego też kwalifikując wnioskowane świadczenie jako gwarantowane bezwzględnie trzeba określić, jakie konkretnie świadczenia i czynności należą do już wskazanej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia profilaktyki i czym różnią się od zakresu wnioskowanej dodatkowej profilaktyki profesjonalnej skierowanej do tej samej grupy dzieci. Brak doprecyzowania w tej kwestii może zagrozić możliwością podwójnego finansowania tych samych świadczeń i czynności ze środków publicznych.

#### **Przedmiot wniosku**

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Lakierowanie zębów ¼ łuku zębowego” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia stomatologicznego.



## Problem zdrowotny

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) próchnica jest procesem patologicznym, umiejscowionym, pochodzenia zewnątrzustrojowego, prowadzącym do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. W odróżnieniu od większości chorób zakaźnych występujących u ludzi, próchnica jest raczej wynikiem zaburzenia lokalnej równowagi mikroflory endogennej jamy ustnej, niż działania patogenu egzogennej. Bakteriami odpowiedzialnymi za demineralizację są przede wszystkim paciorkowce *Streptococcus mutans* i *sobrimus*.

Próchnica uważana jest za chorobę społeczną, stanowi powszechny problem zdrowotny związany ze zdrowiem jamy ustnej, dotyczy osób w każdym wieku, zmiany próchnicowe mogą występować już u niemowląt. Badania epidemiologiczne prowadzone w ramach Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej (Ministerstwo Zdrowia) wykazały, iż u ponad 50% dzieci w wieku lat 3. występują ubytki próchnicowe, wśród dzieci pięcioletnich – u 80%, natomiast u dzieci siedmioletnich odsetek ten wynosi około 90%.

Intensywność próchnicy oceniana za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy, określającego zapadalność na próchnicę (DMFT – ang. *cayed, missing and filled teeth*) u dzieci w wieku 3. lat wynosi 2,4, a u dzieci w wieku 5. lat wynosi 5,07, przy czym główną składową wskaźnika są zęby objęte próchnicą (odpowiednio u dzieci 3. letnich 2,21 i 5. letnich 4,45). Wartość wskaźnika leczenia wynosi natomiast zaledwie 0,06 (w 3 r.ż.) i 0,11 (w 5 r.ż.).

Choroba próchnicowa zębów mlecznych wiąże się z wieloma niekorzystnymi konsekwencjami miejscowymi i ogólnymi, takimi jak: ból, stany zapalne, utrata zębów, wady zgryzu, wady wymowy, trudności ze spożywaniem posiłków. Ponadto, obecność zmian próchnicowych zębów mlecznych powoduje utrzymywanie wysokiego poziomu bakterii próchnicotwórczych w jamie ustnej, co zwiększa ryzyko rozwoju próchnicy zębów stałych.

## Alternatywna technologia medyczna

Według rekomendacji klinicznych wśród metod profilaktyki choroby próchnicowej u dzieci zostały wymienione szczotkowanie zębów pastami zawierającymi fluorki, regularna kontrola stanu jamy ustnej, uszczelnianie bruzd, fluoryzacja wody pitnej, suplementacja fluorków, stosowanie płynów, żeli i pianek zawierających fluorki oraz lakierowanie zębów lakierami fluorkowymi. Według wytycznych w ramach profesjonalnej profilaktyki fluorkowej u dzieci przed ukończeniem 6. roku życia rekomendowane jest stosowanie lakierów fluorkowych natomiast płyny, żele i pianki można aplikować dzieciom, które ukończyły 6. rok życia. Zalecane jest lakierowanie zarówno zębów mlecznych, jak i stałych.

Ze środków publicznych aktualnie finansowane jest lakierowanie zębów stałych. Odnosnie zębów mlecznych, aktualnie żadna z powyższych interwencji nie jest finansowana ze środków publicznych, dlatego też należy uznać, że brak jest alternatywnej technologii medycznej, która w rzeczywistej praktyce medycznej najprawdopodobniej może zostać zastąpiona przez wnioskowane świadczenie. Potwierdzają do opinii ekspertów klinicznej jak i informacje zawarte w Karcie Problemu Zdrowotnego.

## Opis wnioskowanego świadczenia

Wnioskowane świadczenie dotyczy lakierowania zębów ¼ łuku zębowego, które w przeciwieństwie do aktualnie dostępnych świadczeń w tym zakresie obejmuje nie tylko zęby stałe, ale też zęby mleczne.

Miałoby ono być udzielane przez lekarza dentystę nie częściej niż 1 raz na kwartał za każdą ¼ łuku zębowego.

## Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

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

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

Strategia wyszukiwania dowodów naukowych na potrzeby oceny technologii medycznej określonej zleceniem Ministra Zdrowia została zawężona do wyszukiwania przeglądów systematycznych, ze względu na:

- znaczną liczbę wyników na etapie konstruowania strategii i tym samym prawdopodobną znaczną liczbę badań pierwotnych kwalifikujących się do włączenia do opracowania (zgodnie z danymi przedstawionymi w Marinho 2013, lakiery fluorkowe w ramach profilaktyki choroby próchnicowej są w użyciu od lat sześćdziesiątych XX wieku),
- fakt, iż najnowsze wytyczne kliniczne rekomendują stosowanie lakierów fluorkowych jako element profilaktyki choroby próchnicowej zębów mlecznych

Jednocześnie podjęto decyzję o włączeniu do analizy wyłącznie najnowszych dowodów naukowych. Odnaleziono 11 przeglądów systematycznych opublikowanych po 2000 roku, w tym 4 przeglądy systematyczne opublikowane po 2010 roku. W niniejszym opracowaniu postanowiono przedstawić jedynie najnowsze przeglądy systematyczne opublikowane po 2010 r.:

- Dorri 2015 – przegląd systematyczny mający na celu ocenę efektywności leczenia mikroinwazyjnego w postępowaniu w podminowujących zmianach próchnicowych w zębach mlecznych i stałych u dzieci i dorosłych;
- USPSTF 2014 – przegląd systematyczny, będący aktualizacją przeglądu systematycznego z 2004 r. dot. zapobiegania próchnicy u dzieci poniżej 5 r.ż;
- Marinho 2013 – przegląd systematyczny mający na celu określenie skuteczności i bezpieczeństwa lakierów fluorkowych w zapobieganiu próchnicy u dzieci i młodzieży oraz ocenę czynników potencjalnie modyfikujących ten efekt. Przegląd jest aktualizacją przeglądu z 2002 r.;
- Carvalho 2010 – przegląd systematyczny mający na celu identyfikację jednoznacznych dowodów na zmniejszenie rozwoju próchnicy w populacji dzieci w wieku przedszkolnym poprzez profesjonalną aplikację lakierów fluorkowych.

Dodatkowo odnaleziono jedną publikację (Bonetti 2016) będącą niesystematycznym przeglądem przeglądów systematycznych, dotyczących skuteczności stosowania lakierów fluorkowych w ramach profilaktyki choroby próchnicowej. Do publikacji włączono 6 przeglądów systematycznych Cochrane, opisujących 200 badań i obejmujących ponad 80 000 pacjentów.

### Skuteczność

Według autorów przeglądu Bonetti 2016 względne korzyści wynikające ze stosowania lakierów fluorkowych w ramach profilaktyki choroby próchnicowej, wydają się być niezależne od początkowego ryzyka próchnicy, początkowego nasilenia próchnicy, ekspozycji na fluorki, stosowania past zawierających fluorki oraz wcześniej stosowanych form profilaktyki fluorkowej. Ponadto, podkreślony

został fakt, iż skuteczność lakierów fluorkowych jest globalnie potwierdzona w wytycznych praktyki klinicznej.

Wszystkie uwzględnione w analizie przeglądy systematyczne wskazują na korzystny wpływ stosowania lakierów fluorkowych w prewencji choroby próchnicowej zębów mlecznych. Dwa spośród włączonych przeglądów stanowią aktualizację wcześniej opublikowanych dokumentów, wnioski obu publikacji są spójne z wnioskami płynącymi z wcześniejszych przeglądów.

W przeglądzie Dorii 2015 porównywano efektywność leczenia mikroinwazyjnego w postępowaniu w podminowujących zmianach próchnicowych w zębach mlecznych i stałych u dzieci i dorosłych. Spośród 8 randomizowanych badań (RCT – ang. *randomized controlled trial*), które zostały włączone do przeglądu, 2 RCT dotyczyły zębów mlecznych. W jednym z nich dokonano porównania skuteczności lakierowania zębów mlecznych lakierami fluorkowymi z lakierami fluorkowymi wraz z infiltracją żywicą. Wykazano, iż zastosowanie lakierowania zębów mlecznych fluorem wraz z infiltracją żywicą wiąże się z istotnie statystycznie mniejszą o 78% szansą wystąpienia progresji próchnicy zębów mlecznych w porównaniu z zastosowaniem tylko lakierowania fluorem – iloraz szans (OR – ang. *odds ratio*) wynosił 0,22 (95% CI: 0,09; 0,55).

W przeglądzie USPSTF 2014, będącym aktualizacją wcześniejszego przeglądu, włączono 7 badań dotyczących skuteczności lakierów fluorkowych w profilaktyce próchnicy zębów mlecznych. W 3 badaniach porównujących skuteczność lakierowania zębów z brakiem lakierowania, stwierdzono, iż zastosowanie lakieru fluorkowego związane jest ze zmniejszeniem częstości występowania próchnicy po 2 latach (w jednym z badań różnica nie była istotna statystycznie). Redukcja przyrostu próchnicy wyniosła od 18% do 59%, a bezwzględna redukcja średniej liczby powierzchni zębów zaatakowanych przez próchnicę wahała się od 1,0 do 2,4. Zastosowanie lakieru fluorkowego wiązało się także ze zmniejszeniem ryzyka powstawania zmian próchnicznych. W jednym badaniu niskiej jakości, porównującym skuteczność lakierowania zębów z innymi zabiegami miejscowej fluoryzacji zębów wykazano większą skuteczność 38% roztworu fluoru aplikowanego co 12 godz. niż stosowanie 2,26% lakieru fluorkowego aplikowanego co 3 miesiące. Wnioski płynące z przeprowadzonego przeglądu systematycznego są spójne z wnioskami pochodzącymi z poprzedniego przeglądu.

Przegląd Marinho 2013 obejmował 22 RCT, w których lakierowanie zębów porównywano z zastosowaniem placebo lub brakiem leczenia. W przeprowadzonej metaanalizie wyników dotyczących powierzchni zębów mlecznych oszacowany odsetek ubytków próchnicowych, którym udało się zapobiec wyniósł 0,37 (95% CI: 0,24; 0,51), co sugeruje, iż stosowanie lakierowania lakierami fluorkowymi zębów mlecznych jest statystycznie istotnie lepsze w porównaniu do placebo/braku leczenia. W odniesieniu do wpływu stosowania lakierów na całe zęby mleczne, w przeprowadzonej metaanalizie, odsetek ubytków próchnicowych, którym udało się zapobiec wyniósł 0,65 (95% CI: 0,48; 0,82), co wskazuje na istotną statystycznie korzyść stosowania lakierów fluorkowych w porównaniu z placebo/brakiem leczenia w prewencji próchnicy zębów mlecznych. Stwierdzono brak dowodów skuteczności lakierów fluorkowych w odniesieniu do rozwoju nowych ubytków próchnicowych w uzębieniu mlecznym. Wnioski przeglądu pozostają tożsame z wnioskami aktualizowanego przeglądu, opublikowanego w 2002 roku.

Wyniki przeglądu Carvalho 2010 sugerują, iż stosowanie lakierów fluorkowych może redukować częstotliwość występowania próchnicy zębów mlecznych w populacji dzieci w wieku 6 lat i młodszych. Jednakże, nie zidentyfikowano jednoznacznych dowodów naukowych w tym zakresie.

### *Bezpieczeństwo*

Do kwestii bezpieczeństwa odnoszono się w przeglądach *Marinho 2013* oraz *Carvalho 2010*. W przeglądzie *Carvalho 2010*: w 1 badaniu stwierdzono brak odnotowanych efektów ubocznych, takich jak uszkodzenia dziąseł. Również w 1 badaniu stwierdzono brak działań ubocznych związanych z zastosowaną interwencją. W ramach przeglądu *Marinho 2013* włączone badania nie dostarczyły

żadnych informacji dotyczących częstości występowania zdarzeń niepożądanych oraz dostarczyły ograniczoną ilość informacji związanych z akceptowalnością lakierów fluorkowych przez pacjentów.

### **Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka**

Nie dotyczy.

### **Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych**

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

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

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

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

*Aktualnie próg opłacalności wynosi 130 002 PLN (3 x 43 334 PLN).*

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

Oceniane świadczenie, dotyczy zarówno zębów mlecznych jak i stałych. Miałoby stanowić rozszerzenie aktualnie finansowanego świadczenia o kodzie 5.13.00.2310060 „Lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego”, które obejmuje jedynie zęby stałe. Wartość punktowa tego świadczenia wynosi 5. Przy założeniu, że koszt jednego punktu to 1 PLN, to koszt świadczenia wynosi 5 PLN.

Wnioskowanie na podstawie powyższych wyników jest ograniczenie ze względu na fakt, że obecnie profilaktyka fluorkowa dotycząca zębów zarówno mlecznych jak i stałych jest finansowana w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego „Wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia oraz warunki ich realizacji”. Dlatego też istnieje zagrożenie dublowania świadczeń.

### **Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1536);**

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

Nie dotyczy.

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

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

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

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

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

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

Zgodnie z pismem Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) przy założeniach, że:

- 40% populacji korzystać będzie ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
- z lakierowania całego łuku zębowego będzie można skorzystać raz na rok (w przedziale wiekowym 2-6 lat) a w przypadku pozostałych uprawnionych z lakierowania połowy łuku zębowego,
- koszt lakierowania całego łuku zębowego będzie zgodny z aktualnym (20 zł),

objęcie wnioskowanego świadczenia finansowaniem może spowodować roczne wydatki ze strony NFZ wynoszące około 22,45 mln PLN.

Zakres niepewności dotyczący powyższych wyników odnosi się w największej mierze do rozmiaru populacji jaka zostanie objęta wnioskowanym świadczeniem. Założenie odnoszące się do odsetka osób uprawnionych, który będzie korzystać ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych (40%), w praktyce może okazać się błędne. Wskazano, iż na rozmiar populacji wpływ może mieć zmiana zachowań pacjentów, polegająca na częstszym wybieraniu świadczeń finansowanych ze środków publicznych kosztem świadczeń wykonywanych komercyjnie bądź przeciwnie, w przypadku konieczności sfinansowania dodatkowych świadczeń przy braku na ten cel dodatkowych środków.

Dodatkowo, interpretując powyższe wyniki należy mieć na uwadze wcześniej wspomniany fakt, a mianowicie, że obecnie profilaktyka fluorkowa dotycząca zębów zarówno mlecznych jak i stałych jest finansowana w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego „Wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia oraz warunki ich realizacji”. Dlatego też istnieje zagrożenie dublowania świadczeń.

### **Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka**

Nie dotyczy.

### **Uwagi do zapisów programu lekowego**

Nie dotyczy.

## **Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej**

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

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

Nie dotyczy.

## **Omówienie rekomendacji wydawanych w innych krajach w odniesieniu do ocenianej**

Odnaleziono 12 rekomendacji klinicznych różnych organizacji/paneli eksperckich:

- Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (PTSD) 2015;
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2014;
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2014;
- American Academy of Pediatrics (AAP) 2014;
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2016 i 2014 (3 wytyczne);
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 2014;
- American Dental Association (ADA) 2013 roku;
- Health Partner Dental Group (HPDG) 2013;
- European Academy of Pediatric Dentistry (EAPD) 2009 roku.

Wszystkie wytyczne wskazują na konieczność prowadzenia profilaktyki próchnicowej obejmującej ocenę ryzyka próchnicy, edukację pacjentów, poradnictwo dietetyczne, odpowiednią higienę jamy ustnej oraz terapię fluorkową. Elementami skutecznej profilaktyki fluorkowej są szczotkowanie zębów pastami zawierającymi fluorki, stosowanie płynów do płukania jamy ustnej, żeli, pianek i lakierów fluorkowych.

Zgodnie z większością wytycznych lakierowanie zębów można stosować zarówno na zęby mleczne, jak i stałe. W dwóch wytycznych (AAPD 2014, HPDG 2013) nie odnoszono się bezpośrednio do rodzaju uzębienia, a jedynie do ryzyka wystąpienia próchnicy, jednakże obie rekomendacje dotyczyły dzieci. W polskich wytycznych wskazano na większą skuteczność stosowania lakierów w przypadku zębów stałych (46%) niż mlecznych (33%), przy użyciu lakierów zawierających 5% NaF (22 600 ppm). W 3 rekomendacjach (PTSD 2015, SIGN 2014, EAPD 2009), dodatkowo podkreśla się, iż nie ma ograniczeń wiekowych odnośnie wykonywania lakierowania zębów, w wytycznych szkockich rekomenduje się nawet lakierowanie zębów u wszystkich dzieci.

W 8 wytycznych lakierowanie zębów rekomenduje się szczególnie u dzieci należących do grupy wysokiego ryzyka próchnicy, w tym w 2 wytycznych (PTSD 2015, AAPD 2014) dodatkowo zaleca się objęciem tą formą profilaktyki również dzieci o umiarkowanym ryzyku, a w 2 wytycznych (SIGN 2014, HPDG 2013) także niskim. Zgodnie z wytycznymi ADA 2013 stosowanie lakierów fluorkowych nie jest zalecane w przypadku niskiego ryzyka próchnicy ze względu na możliwy brak dodatkowych korzyści lub mniejszą skuteczność niż u osób z wysokim ryzykiem próchnicy.

W większości wytycznych rekomenduje się przeprowadzanie lakierowania zębów co najmniej 2 razy w ciągu roku (co 6 miesięcy). Najczęściej zaleca się taką częstotliwość dla osób o umiarkowanym ryzyku

próchnicy (PTSD 2015, AAPD 2014) lub niskim (SIGN 2014). W jednych wytycznych (HPDG 2013) pacjentom z niskim ryzykiem poleca się stosowanie lakierów co 12 miesięcy. W przypadku ryzyka wysokiego zaleca się częstsze lakierowanie zębów: co 3 – 6 miesięcy (SIGN 2014, HPDG 2013) lub co 3 miesiące (PTSD 2015, AAPD 2014c).

W 3 wytycznych podane są częstotliwości przeprowadzania lakierowania z uwzględnieniem rodzaju uzębienia: zęby mleczne powinny być lakierowane co 6 miesięcy (AAPD 2014) lub co 3 – 6 miesięcy (ADA 2013), a uzębienie mieszane i stałe co 3 – 6 miesięcy (AAPD 2014, ADA 2013).

Dodatkowo jedne wytyczne (HPDG 2013) wskazują na konieczność poprzedzenia lakierowania oczyszczeniem zębów.

### **Podstawa przygotowania rekomendacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 22.10.2015 r. Ministra Zdrowia (znak pisma: OZG.078.16.2015/ES), odnośnie przygotowania rekomendacji Prezesa w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Lakierowanie zębów ¼ łuku zębowego” jako świadczenia gwarantowanego, na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793), po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości nr 15/2017 z dnia 13 lutego 2017 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Lakierowanie zębów ¼ łuku zębowego” jako świadczenia gwarantowanego

### **Piśmiennictwo**

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 15/2017 z dnia 13 lutego 2017 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Lakierowanie zębów ¼ łuku zębowego” jako świadczenia gwarantowanego
2. Raport nr AOTMiT-OT-430-18/2015. Lakierowanie zębów ¼ łuku zębowego. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej