



Rekomendacja nr 70/2023

z dnia 30 czerwca 2023 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia”, jako świadczenia gwarantowanego

Prezes Agencji rekomenduje zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia stomatologicznego.

Uzasadnienie rekomendacji

Oceniane świadczenie dotyczące profilaktyki stomatologicznej dedykowane jest dzieciom w wieku 3 lat i stanowi uzupełnienie istniejących już analogicznych świadczeń dla dzieci w wieku 2 i 4 lat, gdyż obecnie dzieciom w 3. roku życia nie przysługują świadczenia profilaktyczne, uwzględniające profesjonalną profilaktykę fluorkową w zakresie uzębienia mlecznego. Dziecko w wieku 3 lat posiada już pełne uzębienie mleczne, dlatego możliwe staje się przeprowadzenie oceny stanu uzębienia pod kątem liczby zębów mlecznych, linii pośrodkowej, sposobu zwierania siekaczy, czy podjęcie pierwszych działań z zakresu ortodoncji oraz leczenie próchnicy, wiodącego problemu zdrowotnego stomatologii dziecięcej.

Świadczenie ma na celu przeciwdziałanie próchnicy, która zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jest procesem prowadzącym do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Do jej rozwoju przyczynia się m.in. obecność w jamie ustnej specyficznych bakterii *Streptococcus mutant* i *Lactobacillus acidophilus*, zmniejszona produkcja śliny oraz nieodpowiednie nawyki dietetyczne i higieniczne. U dzieci do 3. roku życia proces rozwoju próchnicy może przybrać szybki przebieg, który charakteryzuje się m.in. obecnością jednego lub więcej zębów mlecznych objętych próchnicą, zęba usuniętego z powodu próchnicy lub zęba wypełnionego u dziecka poniżej szóstego roku życia i w terminologii medycznej został określony próchnicą wczesnego okresu dzieciństwa (ang. *Early Childhood Caries*, ECC).

Monitoring Stanu Zdrowia Jamy Ustnej, prowadzony przez Ministerstwo Zdrowia w latach 2016-2019, wykazał, iż u 41,1% dzieci w wieku lat 3 występują ubytki próchnicowe. Konsekwencją występowania próchnicy zębów mlecznych są m.in. stany zapalne jamy ustnej, przedwczesna utrata zębów mlecznych oraz zwiększone ryzyko rozwoju próchnicy zębów stałych.

Skuteczna profilaktyka przeciw próchnicy u dzieci obejmuje: podnoszenie świadomości zdrowotnej rodziców i opiekunów, ocenę ryzyka próchnicy oraz dostęp do regularnie wykonywanych zabiegów profilaktycznych i leczniczych. W przypadku niskiego ryzyka zalecane jest stosowanie podstawowej profilaktyki fluorkowej (szczotkowanie zębów pastą z fluorem 2 razy dziennie) i lakowanie jedynie głębokich i retencyjnych bruzd, natomiast w przypadku ryzyka umiarkowanego lub wysokiego, należy zastosować wzmocnioną profilaktykę fluorkową oraz lakowanie zębów trzonowych i przedtrzonowych. Przy umiarkowanym ryzyku próchnicy u dzieci trzyletnich dwa razy w roku aplikuje się lakiery fluorkowe, w przypadku ryzyka wysokiego – cztery razy w roku.

Wnioskowane świadczenie udzielane jest pacjentowi w wieku 3 lat przez lekarza dentystę. Obejmuje: wizytę adaptacyjną, kontrolę higieny jamy ustnej wraz z instruktażem higieny jamy ustnej i oceną stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy PUW dla zębów mlecznych), oceną stanu morfologicznego i funkcji żucia oraz wyrzynania zębów (sprawdzenie liczby zębów oraz przebiegu linii pośrodkowej, sprawdzenie sposobu zwierania siekaczy, sprawdzenie toru oddychania, sprawdzenie występowania nawyków), zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu (profilaktyka ortodontyczna, pouczenie o dbałość oddychania przez nos, wprowadzaniu pokarmów o stałej konsystencji, odzwyczajaniu od nawyków), profilaktykę profesjonalną próchnicy (profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań).

Odnalezione rekomendacje kliniczne zalecają pierwszą wizytę dziecka zaraz po wyróżnieniu się pierwszych zębów mlecznych. Wskazują na konieczność prowadzenia profilaktyki próchnicowej u dzieci, w tym u dzieci w 3. roku życia. Dla dzieci niezależnie od wieku, w tym również dzieci w 3. roku życia, rekomendowaną profilaktyką fluorkową jest picie fluorowanej wody, stosowanie fluorowanych past do zębów czy lakierowanie zębów lakierami zawierającymi fluorki co 3 – 6 miesięcy. Jednocześnie, w trakcie kontrolnych wizyt stomatologicznych zlecane jest dokonywanie oceny stanu zgryzu, uzębienia i jego funkcjonowania, a także identyfikacja i eliminacja szkodliwych nawyków, takich jak ssanie smoczków czy kciuka. Zwraca się także uwagę na znaczenie edukacji zdrowotnej dzieci i ich rodziców/opiekunów oraz konsultacji dietetycznych celem wyeliminowania niewłaściwych nawyków żywieniowych.

W opinii ekspertów klinicznych oceniane świadczenie powinno być finansowana ze środków publicznych, gdyż możliwość przeprowadzenia wizyty profilaktycznej w 3. roku życia dziecka stanowi obecnie istotną lukę w opiece stomatologicznej, a profilaktyka stomatologiczna jest najskuteczniejszą metodą zapobiegającą próchnicy zębów, której wczesne wykrycie i leczenie obniża koszty leczenia w późniejszych latach.

Mając na uwadze powyższe oraz stanowisko Rady Przejrzystości, zasadne jest zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej: „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia”, jako świadczenia gwarantowanego w zakresie leczenia stomatologicznego.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia” jako świadczenia gwarantowanego, na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm).

Problem zdrowotny

Rozwój uzębienia człowieka rozpoczyna się w życiu płodowym. Dzieci w wieku trzech lat mają już pełne uzębienie mleczne, zatem możliwe staje się przeprowadzenie oceny stanu uzębienia pod kątem liczby zębów mlecznych, linii pośrodkowej, sposobu zwierania siekaczy, a także podjęcie pierwszych działań z zakresu ortodoncji. Możliwe jest także podjęcie leczenia w przypadku stwierdzenia występowania próchnicy, która stanowi główne zagadnienie zdrowotne związane ze zdrowiem jamy ustnej u dzieci.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) próchnica jest procesem patologicznym, prowadzącym do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Do jej rozwoju przyczynia się obecność w jamie ustnej bakterii *Streptococcus mutans* i *Lactobacillus acidophilus* rozkładających węglowodany proste do kwasów organicznych niszczących szkliwo zębów, zmniejszona produkcja śliny, uwarunkowania genetyczne, schorzenia drobnoustrojowe oraz nieodpowiednie nawyki dietetyczne i higieniczne. W przypadku, gdy u dziecka w wieku 3 lat dochodzi do czterech lub więcej przypadków próchnicy, wypełnienia lub usunięcia zęba z powodu próchnicy rozpoznaje się ostrą postać wczesnej próchnicy. Konsekwencją występowania próchnicy zębów mlecznych są powikłania ze strony mięsni, stany zapalne jamy ustnej, przedwczesna utrata zębów mlecznych oraz zwiększone ryzyko rozwoju próchnicy zębów stałych.

Badania epidemiologiczne prowadzone w latach 2016-2019 w ramach Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej (Ministerstwo Zdrowia) wykazały, iż u 41,1% dzieci w wieku lat 3 występują ubytki próchnicowe, a przeprowadzone badania ankietowe w 2017 roku wykazały, iż 52,4% trzyletnich dzieci nie odbyło jeszcze swojej pierwszej wizyty u stomatologa.

Alternatywna technologia medyczna

W wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego widnieje świadczenie dla dzieci w wieku 2 i 4 lat.

Biorąc pod uwagę powyższe oraz dostępne rekomendacje, wytyczne klinicznymi i opinie ekspertów klinicznych, nie ma technologii alternatywnej dla ocenianej.

Złotym standardem w leczeniu próchnicy jest ustalenie strategii leczenia w oparciu o czynniki ryzyka. W przypadku niskiego ryzyka zalecane jest stosowanie podstawowej profilaktyki fluorkowej (szczotkowanie zębów pastą z fluorem 2 razy dziennie) i lakowanie jedynie głębokich i retencyjnych bruzd, natomiast w przypadku ryzyka umiarkowanego lub wysokiego, należy zastosować wzmocnioną profilaktykę fluorkową oraz lakowanie zębów trzonowych i przedtrzonowych. Przy umiarkowanym ryzyku próchnicy u dzieci trzyletnich 2 razy w roku aplikuje się lakiery fluorkowe, w przypadku ryzyka wysokiego – 4 razy w roku. Według rekomendacji ADA (ang. *American Dental Association*) u dzieci w wieku przedszkolnym, przy wysokim ryzyku lakiery powinny być stosowane co 3-6 miesięcy, czyli 2 do 4 razy rocznie.

Opis wnioskowanego świadczenia

Zgodnie z KPZ, wnioskowane świadczenie składa się z następujących elementów:

1. Wizyta adaptacyjna – przysługuje w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystano świadczenia wcześniej),
2. Kontrola higieny jamy ustnej (badanie kontrolne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej i oceną stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy PUW dla zębów mlecznych),
3. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia oraz wyrzynania zębów obejmująca:
 - sprawdzenie liczby zębów oraz przebiegu linii pośrodkowej,
 - sposób zwierania siekaczy,
 - sprawdzenie toru oddychania,
 - sprawdzenie występowania nawyków,

4. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu – profilaktyka ortodontyczna. Pouczenie o dbałość oddychania przez nos, o wprowadzaniu pokarmów o stałej konsystencji, odzwyczajaniu od nawyków,
5. Profilaktyka profesjonalna próchnicy, w tym profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań.

Świadczenie jest udzielane przez lekarza dentystę i dotyczy dzieci w 3 roku życia. Świadczeniobiorcom ma zapewnić ciągłość działań profilaktycznych warunkującą ich skuteczność, kształtowanie świadomości prozdrowotnej rodziców i dzieci, adaptację dziecka do środowiska stomatologicznego. Świadczeniodawcom ma zapewnić zwiększenie regularności wizyt dziecka w gabinecie stomatologicznym oraz możliwość stosowania jedynej dopuszczalnej u dzieci poniżej szóstego roku życia, bezpiecznej i skutecznej profesjonalnej metody profilaktyki fluorkowej oraz wprowadzenie profilaktyki ortodontycznej.

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.

W celu odnalezienia badań pierwotnych i wtórnych dotyczących przeprowadzenia profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia, dokonano przeszukiwania w bazach medycznych Medline (przez PubMed), Embase (przez Ovid) i Cochrane Library. W wyniku przeprowadzonego przeglądu systematycznego odnaleziono 432 publikacje spełniające kryteria wyszukiwania. Na podstawie abstraktów stwierdzono, że kryteria włączenia do przeglądu spełnia 12 publikacji.

Ostatecznie do oceny zakwalifikowano 1 pozycję. Badanie Chen 2020 dotyczyło porównania skuteczności 25% roztworu AgNO_3 , a następnie 5% lakieru NaF z fTCP (funkcjonalny fosforan trójwapniowy), ze skutecznością 25% roztworu AgNO_3 , a następnie 5% lakieru NaF w zatrzymywaniu próchnicy zębiny u dzieci w wieku 3 lat, przy stosowaniu półrocznym. Autorzy publikacji wnioskują, że miejscowe stosowanie 25% roztworu AgNO_3 , a następnie 5% lakieru NaF z fTCP jest bardziej skuteczne w zatrzymywaniu próchnicy zębiny w zębach mlecznych w porównaniu z zastosowaniem 25% roztworu AgNO_3 , a następnie innego 5% lakieru NaF bez fTCP.

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 175 926 PLN/QALY (3 x 58 642 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 wykorzystaniem aktualnie dostępnych zasobów.

Z uwagi na brak dostępnych dowodów naukowych oraz brak empirycznych danych umożliwiających ocenę zasadności przeprowadzenia profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia odstąpiono od przeprowadzenia formalnej analizy ekonomicznej.

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 2022 r. poz. 463, z późn. zm.);

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.

Szacowania wpływu na budżet dokonano w trzech wariantach, uwzględniając dane pochodzące z KPZ (wariant I), GUS (wariant II) i NFZ i GUS (wariant III). Roczne wydatki płatnika publicznego wyniosą wg oszacowań:

- w I. roku:
 - ok. 16,4 mln zł w wariacie I., ok. 10,0 mln zł w wariacie II., ok. 1,1 – 1,8 mln zł w wariacie III.,
- w II. roku:
 - ok. 9,3 mln zł w wariacie II., ok. 1,0 – 1,7 mln zł w wariacie III.,
- w III. roku:
 - ok. 8,9 mln zł w wariacie II., ok. 875 tys. – 1,5 mln zł w wariacie III.

Za najbardziej prawdopodobne uznaje się oszacowania w wariacie III., gdyż wykorzystano tam malejącą strukturę populacyjną 3- latków oraz historyczną realizację świadczeń stomatologicznych dla dzieci w wieku 2 i 4 lat.

Ograniczenia oszacowań wpływu na budżet

- informacje przedstawione w KPZ dotyczące populacji i odsetka osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych zostały zaczerpnięte z danych GUS z 2014 roku, zatem ze względu na nieaktualne dane, wyliczenia dokonane na ich podstawie, mogą w niewiarygodny sposób oddawać stan faktyczny i być przeszacowane (dotyczy wariantu I)

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Opinie ekspertów

W opinii ekspertów klinicznych oceniana technologia powinna być finansowana ze środków publicznych, ponieważ obecnie nie ma możliwości przeprowadzenia wizyty profilaktycznej w 3. roku życia dziecka, co stanowi istotną lukę w opiece stomatologicznej. Profilaktyka stomatologiczna (w tym fluorkowa) jest najtańszą i najskuteczniejszą metodą zapobiegającą próchnicy zębów, której wczesne wykrycie i leczenie obniża koszty leczenia w późniejszych latach.

Eksperci zgodnie wskazują, że oceniana technologia przyczyni się do poprawy zdrowia i jakości życia dzieci.

Uwagi do opisu świadczenia

Wszystkie dzieci powinny otrzymywać standardową profilaktykę stomatologiczną odpowiednią do ich wieku, a dzieci narażone na zwiększone ryzyko rozwoju próchnicy, oprócz profilaktyki standardowej powinny mieć zapewnioną profilaktykę rozszerzoną. Jako podstawową metodę profilaktyki próchnicowej wymienia się higienę jamy ustnej obejmującą szczotkowanie zębów dwa razy dziennie, ocenę intensywności próchnicy PUW dla zębów mlecznych, kontrolę powstających zmian próchnicowych, edukacja rodziców i samych dzieci odnośnie higieny jamy ustnej, a także porady czy konsultacje dietetyczne. Jej celem jest utrwalanie prawidłowych wzorców zachowań i identyfikacja i ocena czynników ryzyka. Do rozszerzonych metod profilaktyki zaliczyć można interwencje wykonywane w gabinecie stomatologicznym, takie jak profilaktyka fluorkowa oraz lakowanie zębów trzonowych i przedtrzonowych.

Optymalizacja skuteczności działań profilaktycznych i leczenia jamy ustnej dzieci powinna być oparta na populacyjnych strategiach promocji higieny jamy ustnej oraz zintegrowanych działaniach poprzez

utworzenie stałej relacji dziecko-rodzic-stomatolog. Powinno się zachęcać rodziców/opiekunów dzieci do jak najwcześniejszego zapisywania dziecka do dentysty oraz do odbywania regularnych wizyt.

Ponadto, dentyści powinni aktywnie edukować dzieci i ich rodziców na temat prawidłowej higieny jamy ustnej oraz prewencji próchnicy, a także kształtować i zachęcać do kształtowania w dzieciach pozytywnych skojarzeń związanych z wizytami w gabinecie stomatologicznym, w czym pomóc również mogą dedykowane materiały informacyjne i edukacyjne.

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 odniesieniu do ocenianej technologii

Rekomendacje kliniczne

Odnaleziono następujące dokumenty dotyczące profilaktyki stomatologicznej u dzieci:

- Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (PTSD b 2022, PTSD a 2017),
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE b 2015, NICE a 2014),
- European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD d 2019, EAPD c 2016, EAPD b 2008, EAPD a 2004),
- Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP 2018),
- Government of New South Wales (NSW 2014),
- Irish Oral Health Services Guideline Initiative (IOHSGI b 2012, IOHSGI 2009),
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD f 2022, AAPD g 2022, AAPD e 2021, AAPD d 2020, AAPD c 2018, AAPD b 2017, AAPD a 2016, AAPD c 2016),
- American Dental Association (ADA c 2014, ADA b 2013, ADA a 2009),
- American Academy of Pediatrics (AAP 2023),
- United States Preventive Services Task Force (U.S. PSTF 2021),
- Illinois Department of Public Health (IDPH 2021),
- Canadian Paediatric Society (CPS 2016),
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2021),
- Government of Dubai (Dubaj 2021),
- World Health Organization (WHO 2019),
- World Dental Federation (FDI 2016)

Odnalezione rekomendacje kliniczne zalecają pierwszą wizytę dziecka zaraz po wyrżnięciu się pierwszych zębów mlecznych, nie później niż do 12 miesiąca życia. Wskazują także na konieczność prowadzenia profilaktyki próchnicowej u dzieci, w tym u dzieci w 3. roku życia. Jako podstawową

metodę profilaktyki próchnicowej wymienia się higienę jamy ustnej obejmującą szczotkowanie zębów dwa razy dziennie oraz fluorkowanie. Dodatkowo wskazuje się na konieczność dokonywania oceny ryzyka próchnicy u dzieci oraz późniejszą kontrolę powstających zmian próchnicowych, ocenę stanu zgryzu, uzębienia i jego funkcjonowania. Podkreśla się także dużą rolę edukacji zdrowotnej dzieci i ich rodziców/opiekunów, a także konsultacji dietetycznych. Wśród zabiegów profilaktycznych wykonywanych w gabinetach stomatologicznych u dzieci w wieku 3 lat rekomendowane są: uszczelnianie bruzd oraz profilaktyka fluorkowa. Dla dzieci niezależnie od wieku, w tym również dzieci w 3. roku życia, rekomendowaną profilaktyką fluorkową jest picie fluorowanej wody, stosowanie fluorowanych past do zębów czy lakierowanie zębów lakierami zawierającymi fluorki co 3 – 6 miesięcy. Jednocześnie, w trakcie kontrolnych wizyt stomatologicznych zlecane jest dokonywanie oceny stanu zgryzu, uzębienia i jego funkcjonowania, a także identyfikacja i eliminacja szkodliwych nawyków, takich jak ssanie smoczków czy kciuka.

Skutecznie prowadzona profilaktyka przeciwpróchnicza u dzieci opiera się przede wszystkim na świadomości zdrowotnej rodziców i opiekunów oraz dostępu do regularnie wykonywanych zabiegów profilaktycznych i leczniczych. Zgodnie ze stanowiskiem polskich ekspertów dotyczącym indywidualnej profilaktyki fluorkowej u dzieci i młodzieży, każde dziecko powinno podlegać ocenie ryzyka próchnicy, poprzedzającej rozpoczęcie działań profilaktycznych i zachowawczych. Zgodnie z systemem CAMBRA (ang. *Caries Management By Risk Assessment*) w przypadku dzieci w wieku 3 – 5 lat badania stomatologiczne powinny być wykonywane co 6 – 12 miesięcy u dzieci z niskim ryzykiem próchnicy oraz co 6 miesięcy u dzieci z ryzykiem umiarkowanym oraz co 3 miesiące w przypadku wysokiego ryzyka.

Z pośród odnalezionych rekomendacji klinicznych, tylko zalecenia EAPD c 2016 zawierają plan diagnostyczny z uwzględnieniem wieku dziecka.

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z 4 kwietnia 2023 r. Ministra Zdrowia (znak pisma: DLG.747.16.2023.TK) w sprawie zasadności wprowadzenia do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego: „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia.”, na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), po uzyskaniu stanowiska Rady Przejrzystości nr 68/2023 z dnia 26 czerwca 2023 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia” jako świadczenia gwarantowanego.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 68/2023 z dnia 26 czerwca 2023 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia” jako świadczenia gwarantowanego,
2. Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej nr WS.420.7.2023, data ukończenia: 21 czerwca 2023 r.