



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 52/2017 z dnia 9 marca 2017 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program wczesnego  
wykrywania czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych SOPKARD  
PLUS”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program wczesnego wykrywania czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych SOPKARD PLUS”.

**Uzasadnienie**

Ne negatywną opinię Prezesa Agencji ma wpływ m.in. brak szczegółowego przedstawienia części interwencji, które planuje się przeprowadzić oraz brak jednoznacznych rekomendacji dla prowadzenia we wskazanej populacji badań kardiologicznych oraz badań przesiewowych w kierunku depresji. Jedynie badania w kierunku nadwagi i otyłości nie budzą zastrzeżeń.

Biorąc pod uwagę pozostałe części programu należy zwrócić uwagę, że:

- Cele programowe oraz mierniki efektywności nie zostały opisane poprawnie. Cele powinny przedstawiać oczekiwany stan, do którego uzyskania przyczynić się mają działania w programie, mierniki zaś powinny zawierać wskaźniki umożliwiające pomiar w jakim stopniu cele zostały osiągnięte.
- Populacja oszacowana stoi w znacznej rozbieżności z danymi GUS, zatem wymaga to wyjaśnienia.
- Zaplanowane w projekcie interwencje stanowią działania dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, więc istnieje ryzyko ich powielania.
- Monitorowanie programu nie budzi zastrzeżeń, zaś ewaluacja została przygotowana niepoprawnie i wymaga poprawy.
- Budżet powinien zostać uzupełniony o koszty poszczególnych składowych programu, gdyż w obecnym kształcie niemożliwa jest weryfikacja, czy zaplanowane środki są wystarczające na objęcie działaniami wskazanej liczby uczestników.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 50 000 PLN rocznie, zaś okres realizacji to lata 2017-2019.

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 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

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytety zdrowotne zawarte w rozporządzeniu MZ z dn. 21 sierpnia 2009 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2009 nr 137 poz.1126), mianowicie: „przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy” oraz „zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształtujących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia”.

W projekcie programu odniesiono się do szerokiego spektrum chorób zdefiniowanych ogólnie jako choroby cywilizacyjne, szczegółowo uwzględniono jedynie dane epidemiologiczne dot. chorób cywilizacyjnych jakimi są nadwaga i otyłość. Zasadne wydaje się sprecyzowanie katalogu chorób do jakich odnosić będzie się program oraz uzupełnienie opisu o inne problemy zdrowotne, do których zaplanowano przeprowadzenie interwencji (m.in. depresja, wady postawy, choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca oraz próchnica), w tym opis sytuacji epidemiologicznej.

### Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „wyodrębnienie grupy dzieci z drugiej klasy gimnazjum z zaburzeniami zdrowotnymi (nadwaga, otyłość i związane z nimi choroby cywilizacyjne) oraz skierowanie ich pod opiekę odpowiednich specjalistów”. Cel główny wydaje się być konkretny, istotny oraz osiągalny, jednak został on sformułowany raczej jako działanie a nie cel sam w sobie, w związku z czym pomiar i monitorowanie stopnia jego realizacji mogą być utrudnione. Ponadto w celu głównym odniesiono się do populacji dzieci z II klasy gimnazjum, podczas gdy zarówno w opisie populacji docelowej jaki i w kryteriach kwalifikacji uczestników wskazuje się na populację dzieci z klasy V szkoły podstawowej. Kwestia ta wymaga wyjaśnienia. Projekt programu zawiera również 5 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie głównego założenia.

W ocenianym projekcie odniesiono się również do mierników efektywności programu. Przedstawione mierniki nie odnoszą się jednak do wszystkich celów programu. Dotyczą one jedynie „liczby dzieci, u których wykryto czynniki ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych” oraz „liczby dzieci skierowanych pod opiekę odpowiednich specjalistów”. Mierniki efektywności wymagają uzupełnienia, gdyż ocena stopnia realizacji celów tylko na podstawie powyższych wskaźników nie jest wystarczająca.

### Populacja docelowa

Działania przewidziane do realizacji w ramach programu, skierowane będą do dzieci klas V szkół podstawowych znajdujących się na terenie jst. Programem planuje się objąć wszystkich uczniów z grupy docelowej tj. ok. 160 osób rocznie. Zgodnie z odnalezionymi danymi GUS, dzieci z tej grupy liczyły 256 osób, a więc o wiele więcej niż założono w ramach programu. Jednocześnie cel główny odnosi się do dzieci z drugiej klasy gimnazjum. Należy zatem wyjaśnić zaistniałe niejasności dot. populacji docelowej.

W projekcie odniesiono się również do kryteriów włączenia uczestników do programu. Potencjalni uczestnicy muszą uczęszczać do szkół podstawowych na terenie jst, posiadać status ucznia V klasy oraz posiadać zgodę rodzica bądź opiekuna prawnego na uczestnictwo w programie.

### Interwencja

W projekcie programu przewidziano przeprowadzenie:

- pomiarów antropometrycznych: waga, wzrost, BMI, obwód pasa, bioder, ramion, pomiar fałdu skórniego,
- badań kardiologicznych: pomiary ciśnienia tętniczego, ECHO serca, badanie EKG,
- badań ortopedycznych,

- badań psychologicznych: testy oceniające obecność objawów depresyjnych i poziom wsparcia społecznego oraz konsultacje psychologa i psychiatry dziecięcego,
- badań stomatologicznych, z uwzględnieniem stanu przyzębia oraz próchnicy.

W projekcie nie wskazano jaki zakres badań ortopedycznych i stomatologicznych ma zostać przeprowadzony, zatem utrudnione jest odniesienie tych interwencji do odnalezionych wytycznych klinicznych.

Pomiary antropometryczne są działaniem zgodnym z rekomendacjami. Należy jednak mieć na uwadze, że w przypadku pomiaru BMI u dzieci i młodzieży zwraca się uwagę na konieczność korzystania z siatek centylowych.

Biorąc pod uwagę odnalezione rekomendacje z zakresu badań kardiologicznych u dzieci jednoznaczne określenie zasadności ich prowadzenia w ocenianym programie jest trudne, gdyż nie odnoszą się one do wszystkich zaproponowanych badań. Brak jednoznacznego określenia celowości ich prowadzenia utrudnia odniesienie się do konkretnych zaleceń.

W wytycznych United States Preventive Service Task Force 2013 podkreślono, że nie ma wystarczających dowodów pozwalających na ocenę korzyści i szkód wynikających z przeprowadzenia skryningu w kierunku pierwotnego nadciśnienia tętniczego w bezobjawowej populacji dzieci i młodzieży w celu zapobiegania występowaniu chorób układu krążenia w dzieciństwie lub w wieku dorosłym. W przypadku badania ciśnienia tętniczego krwi, jedyne dostępne wytyczne wskazują, że jest to narzędzie o umiarkowanej wrażliwości w identyfikowaniu dzieci i młodzieży z nadciśnieniem tętniczym. Natomiast, zgodnie z zaleceniami Polskiego Forum Prewencji (PFP), w profilaktyce chorób układu krążenia określanie indywidualnego ryzyka u badanych osób jest istotnym elementem tzw. strategii wysokiego ryzyka, która polega na aktywnym wyszukiwaniu osób zagrożonych zachorowaniem i objęciu ich właściwą opieką. Podstawowe czynniki ryzyka powinno się wykrywać już u dzieci i w przypadku ich rozpoznania należy je monitorować. Ponadto, zgodnie z zaleceniami PFP, pomiar ciśnienia tętniczego należy wykonać u wszystkich osób bez rozpoznanego nadciśnienia tętniczego, począwszy od 3. roku życia przynajmniej raz w roku, a u dzieci z wartością ciśnienia pomiędzy 90. a 95. percentylem, pomiar ten należy przeprowadzać częściej (PFP 2008).

Kolejną interwencją w ramach programu są badania psychologiczne, w tym testy oceniające obecność objawów depresyjnych i poziom wsparcia społecznego, a także konsultacje psychologa i psychiatry dziecięcego. Zaangażowanie psychologa i psychiatry zgodne jest z zaleceniami, w których zwraca się uwagę na konieczność udziału w programach z zakresu nadwagi i otyłości multidyscyplinarnego zespołu specjalistów (CTFPHC 2015, EASO 2015, NICE 2015). Należy podkreślić, że w odnalezionych rekomendacjach wskazuje się zasadność wykonywania skryningu w kierunku depresji w bezobjawowej populacji dzieci i młodzieży w wieku 12-18 lat. Natomiast w przypadku populacji dzieci  $\leq 11$  r.ż., a więc również w grupie wiekowej objętej działaniami w ramach przedmiotowego programu, nie ma wystarczających dowodów do dokonania oceny korzyści i szkód wynikających z przeprowadzania skryningu w kierunku głównych zaburzeń depresyjnych (USPSTF 2016). W projekcie nie uściślono jakie testy mają służyć do oceny obecności objawów depresyjnych oraz oceny poziomu wsparcia społecznego. Sugeruje się użycie w tym celu wystandaryzowanych kwestionariuszy.

Należy wskazać, że zarówno pomiary antropometryczne (waga, wzrost, wskaźnik BMI), wykrywanie zaburzeń układu ruchu, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, konsultacje psychologiczne oraz profilaktyka stomatologiczna znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych, zatem istnieje ryzyko podwójnego ich finansowania.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że są to istotne elementy 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 jego przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Przedstawiona ocena zgłaszalności oraz ocena jakości udzielanych świadczeń zostały przygotowane w sposób prawidłowy.

Ocena efektywności programu przygotowana została w sposób nieprawidłowy, ponieważ nie określono wskaźników do jej pomiaru. Należy zaznaczyć, że ocena efektywności powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu. W projekcie zaznaczono jedynie, że ewaluacja polegać będzie na dokonaniu corocznego raportu na temat efektów i przebiegu programu przy uwzględnieniu wskaźników wykorzystanych do oceny zgłaszalności.

#### Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w ramach konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Wskazano także niezbędne warunki do realizacji świadczeń. Niejasne jednak jest zawarcie w tej części konieczność zapewnienia przez realizatora lekarza radiologa i endokrynologa, gdyż interwencje przewidziane do realizacji w ramach programu nie zakładają ich obecności.

W projekcie wskazano, że na zakończenie uczestnictwa w programie rodzice/opiekunowie prawni dzieci otrzymają informację dot. wyników przeprowadzonych badań oraz ewentualne skierowanie do dalszego leczenia.

Koszt całkowity programu oszacowano na 50 000 zł rocznie. Podano, że koszty jednostkowe w przeliczeniu na jednego uczestnika programu wynosić będą 313 zł i będą to koszty zarówno badań diagnostycznych jak i koordynacji programu. W projekcie nie przedstawiono jednak szacowanych kosztów poszczególnych procedur, w związku z czym nie była możliwa ich weryfikacja.

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

##### *Otyłość*

Według definicji WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Jest jedną z głównych przyczyn chorobowości i umieralności w krajach o średnim i wysokim rozwoju cywilizacyjnym. Otyłość jest jedną z najważniejszych przewlekłych chorób niezakaźnych, która przybrała charakter epidemii.

##### *Wady postawy*

W krajach o wysokim stopniu rozwoju cywilizacyjnego wady postawy występują powszechnie, a chorobę przeciążeniową kręgosłupa (ok. 80-90% populacji osób dorosłych) można uznać za chorobę cywilizacyjną. Fizyczna postawa człowieka jest nawykiem ruchowym kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym i funkcjonalnym oraz związanym z codzienną działalnością danej osoby. Stanowi wskaźnik mechanicznej wydolności zmysłu kinetycznego, równowagi mięśniowej oraz koordynacji nerwowo-mięśniowej. Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy, wady klatki piersiowej oraz wady kończyn dolnych.

##### *Próchnica*

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia próchnica to umiejscowiony proces patologiczny, pochodzenia zewnątrz ustrojowego, który prowadzi do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Głównym czynnikiem odpowiedzialnym za jej rozwój są bakterie wytwarzające kwasy niszczące szkliwo, w procesie rozkładu cukrów obecnych w produktach żywnościowych. Ze względu na kształt anatomiczny zębów, miejscem predysponowanym do powstawania ognisk choroby próchnicowej jest powierzchnia żująca zębów bocznych.

Próchnica zębów jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą w populacji dzieci i młodzieży, Szacuje się, że 60-90% dzieci w wieku szkolnym ma ubytki w zębach. Zarówno w Polsce jak i na świecie próchnica uważana jest za chorobę społeczną.

#### Alternatywne świadczenia

##### *Nadwaga i otyłość*

W Polsce od 2006 roku realizowany jest ogólnopolski Program edukacyjno-informacyjny „Trzymaj formę” współorganizowany jest przez Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) oraz Polską Federację Producentów Żywności Związek Pracodawców (PFPZZP) w ramach realizacji strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia.

W ramach świadczeń gwarantowanych udzielanych w środowisku nauczania i wychowania (przez pielęgniarkę szkolną lub higienistkę), przeprowadza się test do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego wraz z pomiarami: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI)

#### *Próchnica*

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 (Dz.U. 2013 poz. 1462 z późn. zm.) .

Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r. ż. (załącznik 2 w/w Rozporządzenia) obejmuje m.in.:

- badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy
- badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy
- badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez powiązania z innymi świadczeniami gwarantowanymi
- zabezpieczenie bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym – 1 raz do ukończenia 7. roku życia
- lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego
- usunięcie zębów nazębnych nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia.

#### *Wady postawy*

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2013 poz. 1248), kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, powinna być prowadzona u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne.

#### Ocena technologii medycznej

Poniżej przedstawiono podsumowanie wytycznych klinicznych odnoszących się do profilaktyki otyłości, cukrzycy, wad postawy i autyzmu: European Association for the Study of Obesity (EASO 2015), Obesity Committee within The Danish Paediatric Society (OC/DPS 2015), Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD 2016), German Diabetes Association (GDA 2014), American Diabetes Association (ADA 2015), U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), UK National Screening Committee (UK NSC 2016), Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP), American Occupational Therapy Association (AOTA 2009), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)

#### *Otyłość/właściwe odżywianie*

Osoby otyłe powinny mieć zapewnioną długookresową opiekę prowadzoną przez wykwalifikowany multidyscyplinarny zespół w skład którego wchodzić będzie: dietetyk, specjalista aktywności fizycznej, specjalista promocji zdrowia (np. psycholog sportowy), psycholog kliniczny, psychiatra, pediatra, pielęgniarka pediatryczna. Najbardziej skuteczne są multikomponentowe interwencje obejmujące aktywność fizyczną, zmianę nawyków żywieniowych i interwencje behawioralne/wparcie psychologiczne. Powinny one obejmować kilka sesji trwających od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotnej (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru). Skuteczne leczenie nadwagi i otyłości jest ściśle zależne od zaangażowania całej rodziny pacjenta. Rodzina jako całość powinna wspierać inicjatywy i brać udział w leczeniu, w tym czynnie uczestniczyć w zmianach nawyków żywieniowych i zmianie diety. Istotnym jest opracowanie indywidualnego planu dietetycznego dla każdego pacjenta. Główną zasadą leczenia jest redukcja przyjmowanych kalorii (niekoniecznie mniejszych porcji posiłków, ale zawierających więcej błonnika i „zielonych” produktów) wraz ze wzrostem aktywności fizycznej.

#### *Wady postawy*

Zgodnie z wytycznymi USPSTF (stanowisko wydane w roku 2004, podtrzymane w latach 2009 oraz 2014) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Precyzja najbardziej popularnego testu (testu Adamsa z użyciem lub bez użycia skoliometru) służącego wykryciu młodzieży ze skoliozą idiopatyczną, charakteryzuje się natomiast zmiennością, istnieją też dowody mówiące o niedostatecznej obserwacji młodzieży ze skoliozą idiopatyczną wykrytej przez populacyjne programy przesiewowe.

USPSTF znalazło dowody mówiące, że terapia skoliozy idiopatycznej podczas lat młodzieńczych prowadzi do korzyści zdrowotnych (zmniejszenie bólu, dysfunkcji) jedynie w przypadku małego odsetka osób. Większość przypadków wykrytych poprzez przeprowadzone testy przesiewowe nie rozwiną się do klinicznie istotnej formy skoliozy. Przypadki skoliozy wymagające agresywnej terapii, takiej jak operacja, prawdopodobnie zostaną wykryte bez konieczności przeprowadzenia skryningu.

Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee. Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu odnośnie zgody lekarzy na zasadność dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystna). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skolioz jest badanie z wykorzystaniem promieniowania X, ekspozycja na wskazane promieniowanie może być natomiast szkodliwa. Niejasne jest również czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów.

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionych powyżej prezentują AAOS, SRS, POSNA i AAP. Choć zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. Wytyczne te w swoim wspólnym stanowisku dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyżej sformułowane zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lat wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia. Rekomendacje podkreślają, że aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną.

#### *Próchnica*

Przedstawiona w projekcie programu zdrowotnego interwencja ma duże znaczenie w zapobieganiu próchnicy wśród dzieci w wieku szkolnym i spowolnienie próchnicy w wieku późniejszym. Próchnica ze względu na częstość występowania oraz poważne i kosztowne następstwa jest problemem o znaczeniu społecznym i stanowi istotny element zdrowia publicznego.

Odnalezione wytyczne kliniczne (*European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) 2009, American Dental Association Council on Scientific Affairs (ADA) 2002-2009, New Zealand Guidelines Group (NZGG) 2009, SIGN 2000-2005, British Society of Paediatric Dentistry 1997* oraz wskazówki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego) oparte na systematycznych przeglądach dowodów naukowych pozwoliły wskazać najważniejsze zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy i zachowania odpowiedniej higieny jamy ustnej wśród dzieci i młodzieży.

Zgodnie z wytycznymi, podstawową metodą zapobiegania próchnicy powinno być dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem.

Inną powszechną i skuteczną metodą ograniczenia próchnicy jest fluorowanie wody pitnej oraz codzienna ekspozycja na fluor przyjmowany z wodą.

Bardzo istotne w zapobieganiu próchnicy są okresowe i regularne kontrolne wizyty stomatologiczne, których odstęp czasowy powinien być dostosowywany indywidualnie do pacjenta.

Ponadto, niezbędnym elementem profilaktyki 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.

Nie należy zapominać również o działaniach edukacyjnych mających na celu podnoszenie świadomości wśród dzieci na temat znaczenia zachowania odpowiedniej higieny jamy ustnej. Działania te powinny być skierowane do dzieci i rodziców (lub opiekunów prawnych). Uświadomienie znaczenia problemu oraz kształtowanie odpowiednich postaw i nawyków ma kluczowe znaczenie w codziennych działaniach, które mają na celu wyeliminowanie próchnicy.

Odnalezione dowody naukowe są zgodne co do skuteczności wdrażania przedszkolnych i szkolnych programów prewencji próchnicy. Powinny one być skonstruowane w taki sposób, aby stanowiły uzupełnienie istniejących już świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wdrożenie programu powinno być poprzedzone oceną lokalnej sytuacji w zakresie skuteczności profilaktyki i stanu lokalnych zasobów i potrzeb. Program powinien być projektowany w porozumieniu ze specjalistami – stomatologami, doświadczonymi w prewencji próchnicy, którzy pomogą właściwie wybrać poprawne działania.

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.27.2017 „Program wczesnego wykrywania czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych SOPKARD PLUS” realizowany przez: Miasto Sopot, Warszawa, luty 2017 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny” kwiecień 2016, „Programy profilaktyki próchnicy i poprawy stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci przedszkolnych i szkolnych – wspólne podstawy oceny” lipiec 2012, „Programy z zakresu chorób sercowo-naczyniowych – wspólne podstawy oceny” luty 2013 oraz „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” styczeń 2017. raz Opinii Rady Przejrzystości nr 59/2017 z dnia 6 marca 2017 roku o projekcie programu „Program wczesnego wykrywania czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych SOPKARD PLUS” m. Sopot