



Rekomendacja nr 1/2020

z dnia 3 listopada 2020 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży

Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań profilaktycznych nakierowanych na niwelowanie próchnicy zębów w populacji dzieci i młodzieży.

Uzasadnienie

Prezes Agencji mając na uwadze opinię Rady Przejrzystości, dostępne rekomendacje, obowiązujące rozporządzenia oraz dostępne dane epidemiologiczne na temat próchnicy zębów u dzieci i młodzieży, rekomenduje finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ) działań, które powinny swoim zakresem obejmować:

- wizytę kwalifikacyjną nacelowaną na identyfikację osób z grup wysokiego ryzyka,
- działania informacyjno-edukacyjne, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka próchnicy zębów w populacji docelowej,
- edukację rodziców/opiekunów prawnych,
- świadczenia profilaktyki stomatologicznej, stanowiące uzupełnienie lub ulepszenie świadczeń gwarantowanych, w tym m.in.:
 - fluoryzacja,
 - lakierowanie zębów,
 - lakowanie zębów.

Próchnica u dzieci/młodzieży stanowi istotny i narastający problem zdrowotny w polskiej populacji ze względu na etiologię, obecny poziom wiedzy społeczeństwa, mnogość czynników ryzyka oraz ogólną dostępność świadczeń gwarantowanych z tego zakresu (Szczeklik 2017, Cameron 2008, Szybka 2011). Przebieg próchnicy nie prowadzi do wystąpienia groźnych dla życia skutków zdrowotnych, jednak jej nieleczenie oraz brak działań profilaktycznych może prowadzić do znaczącego obniżenia jakości życia. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia, w 2016 roku, próchnica była obecna u ponad 53% dzieci w wieku 3 lat, ok. 76% dzieci w wieku 12 lat oraz u ponad 94% młodzieży w wieku 15 lat. Dodatkowo wartości wskaźnika DMFT ww. grupach wiekowych, wahają się między 2,4 a 5,87 zębów utraconych, zniszczonych lub wypełnionych na skutek zmian próchnicznych. Wraz ze wzrostem odsetka osób, u których występuje próchnica, wzrasta również liczba leczonych zębów podczas wizyt stomatologicznych. Najwyższy współczynnik leczenia próchnicy w zębach mlecznych, w roku 2018, w przeliczeniu na 100 tys. porad stomatologicznych odnotowano w województwie podlaskim (1382,07/100 tys.). Najniższą wartość tego wskaźnika odnotowano natomiast w województwie mazowieckim (762,93/100 tys.) (MPZ 2018).

Obecne rekomendacje nie podają jednego, najlepszego zestawu działań jakie powinny być podejmowane w ramach programów profilaktyki próchnicy. Autorzy rekomendacji podają wiele skutecznych interwencji w profilaktyce próchnicy m.in. lakowanie (ACFF 2019, AAPD/ADA 2106, EAPD 2016, FDI 2016, SIGN 2014), lakierowanie (ACCF 2019, PTSD 2015, AAPD 2018b) oraz fluoryzację (ACFF 2019, RACGP 2014, FDI 2016, WHO 2016, ADA 2015, NICE 2014). Wszystkie omawiane w rekomendacjach świadczenia indywidualnej profilaktyki stomatologicznej realizowane są obecnie

w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. W efekcie, podczas planowania działań w ramach programu należy traktować ww. interwencje jako rozszerzenie bądź uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w miejscach, gdzie ww. świadczenia nie są realizowane. Rekomendacje podkreślają, że szczególnej uwagi wymagają planowane działania edukacyjne. Powinny one w głównej mierze podejmować temat właściwych technik higieny jamy ustnej, skutków zdrowotnych nieleczzonej próchnicy oraz konieczności regularnych kontroli stanu uzębienia (ACFF 2019, AAPD 2019a, AAPD 2019b, AAPD 2018a, AAPD 2018b, AAPD 2017a, AAPD 2017b, EPAD 2016, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, PTSD 2015, NICE 2015, ADA 2015, ADA 2014, NICE 2014, IOHSGI 2012).

Obecnie nie są realizowane żadne dodatkowe programy w omawianym zakresie. Mając na uwadze powyższe możliwe jest stwierdzenie, że Programy Polityki Zdrowotnej mogą stanowić uzupełnienie lub rozszerzenie dostępu do opieki stomatologicznej.

1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Próchnica zębów jest chorobą infekcyjną, wywołaną przez bakterie kolonizujące ich powierzchnie. W odróżnieniu od większości chorób zakaźnych występujących u ludzi, próchnica jest wynikiem zaburzenia lokalnej równowagi mikroflory endogennej jamy ustnej, niż działania patogenu egzogenego (Cameron 2008).

Na podstawie wielokierunkowych badań, obecnie stwierdza się, że choroba próchnicowa zębów jest wynikiem oddziaływania wielu powiązanych ze sobą czynników. Należą do nich: bakterie próchnicotwórcze, węglowodany oraz podatne na próchnicę twarde tkanki zęba. Istotną rolę odgrywa zależność między czasem oddziaływania tych czynników, a śliną. W szczególności dotyczy to jej zdolności buforujących i przeciwbakteryjnych. W efekcie dochodzi do wytworzenia specyficznego środowiska jamy ustnej. Jest to istotny element w procesie rozpatrywania ryzyka wystąpienia próchnicy. Podatność powierzchni zgryzowej zębów na próchnicę jest częściowo uwarunkowana ich budową anatomiczną. Specyficzny proces tworzenia szkliwa związany z czynnością ameloblastów na przeciwległych stronach bruzd sprawia, iż grubość szkliwa zmniejsza się od powierzchni zgryzowej w kierunku podstawy bruzdy. W efekcie jej głębokość może wynosić zaledwie 1 mm (Kawalec 2008).

Do określania rozpowszechnienia i nasilenia próchnicy zębów stosowany jest wskaźnik próchnicy PUWz. W odniesieniu do zębów mlecznych, PUWz oznacza sumę liczby zębów z próchnicą (P), zębów usuniętych z powodu próchnicy (U) i zębów wypełnionych (W). W użyciu jest też wskaźnik PUWP, odnoszący się do powierzchni zębów, a nie do całych zębów (Olczak-Kowalczyk 2012).

Skuteczność zapobiegania próchnicy zależy m.in. od ukierunkowania działań profilaktycznych na ograniczenie czynników ryzyka choroby. Dlatego stale podejmowane są próby wyodrębnienia czynników predysponujących do rozwoju próchnicy we wczesnym dzieciństwie oraz prowadzone są badania oceniające ich znaczenie w rozwoju procesu próchnicowego (Turska-Szybka 2011).

Podstawową zasadą zapobiegania chorobie próchnicowej są następujące aspekty: prawidłowe odżywianie, dbałość o higienę jamy ustnej oraz stosowanie środków profilaktycznych zawierających fluor. Interwencje w zakresie profilaktyki próchnicy różnicuje się na: profilaktykę zbiorową, profilaktykę grupową, profilaktykę indywidualną. Ta ostatnia dzieli się natomiast na: profilaktykę domową oraz profilaktykę profesjonalną (Szczeklik 2017).

Dostępne dane epidemiologiczne wskazują, że próchnica w populacji dzieci i młodzieży stanowi istotny problem zdrowotny. Dane epidemiologiczne odnoszą się do wszystkich chorób jamy ustnej i ukazują rozmiar problemu pod względem obciążenia dla systemu opieki zdrowotnej. W roku 2018 określono liczbę dzieci, które były hospitalizowane z powodu schorzeń jamy ustnej. Najwyższy wskaźnik odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim (ok.160/100 tys.), a najniższy w województwie śląskim (ok. 50/100 tys.) (MPZ 2018).

Opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia dane z 2015 r., pozyskane w ramach programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020”, ukazują problem próchnicy w populacji dzieci i młodzieży z uwzględnieniem płci, wieku i miejsca zamieszkania. Autorzy badań dochodzą do wniosku, że próchnica stanowi istotny problem w polskiej populacji i wraz z wiekiem dochodzi do jej spotęgowania. W roku 2015 próchnica była obecna u ponad 53% dzieci w wieku 3 lat, ok. 76% dzieci w wieku 12 lat oraz u ponad 94% młodzieży w wieku 15 lat. Dodatkowo wartości wskaźnika DMFT w ww. grupach wiekowych, wahają się między 2,4 a 5,87 (MZ 2016).

Ponadto odnaleziono dane dotyczące występowania próchnicy u młodzieży w wieku 15 i 18 lat. U ponad 94% osób w wieku 15 lat stwierdzono obecność próchnicy, podobnie wyglądało to u osób w wieku 18 lat (93%). Natomiast wskaźnik intensywności próchnicy w powyższych grupach wiekowych oscylował pomiędzy 5,77, a 7,00 (MZ 2016).

2. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania, warunki realizacji

W ramach wyszukiwania odnaleziono rekomendacje kliniczne następujących organizacji:

- Grupa Robocza ds. Profilaktyki Fluorkowej Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (ACFF) 2019
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2019a
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2019b
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2018a
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2018b
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2017a
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2017b
- American Academy of Pediatric Dentistry and American Dental Association (AAPD/ADA) 2016
- Canadian Paediatric Society (CPS) 2016
- European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) 2016
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) 2016
- World Dental Federation (FDI) 2016
- World Health Organization (WHO) 2016
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2015
- Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (PTSD) 2015
- American Dental Association (ADA) 2015
- American Dental Association (ADA) 2014
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2014
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2014
- United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 2014
- American Dental Association (ADA) 2013
- Health Partners Dental Group (HPDG) 2013
- American Dental Association and U.S. Department of Health and Human Services (ADA/US DHHS) 2012
- Irish Oral Health Services Guideline Initiative (IOHSGI) 2012

2.1. Wnioski z odnalezionych rekomendacji

- Populację docelową działań profilaktycznych próchnicy powinny stanowić dzieci i młodzież między 6 m.ż. a 18 r.ż. (ACFF 2019, AAPD 2019A, AAPD 2019B, AAPD 2018A, AAPD 2018B, AAPD 2017A, AAPD 2017B, AAPD/ADA 2016, CPS 2016, EAPD 2016, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, NICE 2015, ADA 2014, NICE 2014, SIGN 2014, USPSTF 2014, ADA 2013, HPDG 2013, ADA/US DHHS 2012, IOHSGI 2012).
- Działaniami profilaktycznymi powinni zostać objęci również rodzice dzieci. Należy ich zaznajomić z poprawnymi technikami higieny jamy ustnej oraz poinformować o konieczności sprawowania kontroli nad myciem zębów, szczególnie przez młodsze dzieci (ACFF 2019, PTSD 2015, AAPD 2018, EAPD 2016, RACGP 2016, FDI 2016, NICE 2015, NICE 2014, SIGN 2014, HPDG 2013).
- W większości rekomendacji wskazuje się na potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka, właściwych technik higieny jamy ustnej, skutków zdrowotnych

nieleczonej próchnicy oraz konieczności regularnych kontroli stanu uzębienia (ACFF 2019, AAPD 2019a, AAPD 2019b, AAPD 2018a, AAPD 2018b, AAPD 2017a, AAPD 2017b, EPAD 2016, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, PTSD 2015, NICE 2015, ADA 2015, ADA 2014, NICE 2014, IOHSGI 2012).

- W 15 z 24 rekomendacji podkreśla się potrzebę przeprowadzenia badania kontrolnego w celu oceny indywidualnego ryzyka wystąpienia próchnicy. Zaleca się także, aby w ramach badania przeprowadzić wywiad w celu identyfikacji osób prezentujących zachowania zwiększające ryzyko wystąpienia próchnicy, szczególnie u dzieci (ACFF 2019, PTSD 2015, AAPD 2019a, AAPD 2019b, AAPD 2018a, AAPD 2017a, EAPD 2016, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, ADA 2015, NICE 2014, SIGN 2014, DHHS 2012, IOHSGI 2012).
- W 9 z 24 rekomendacji zaleca się prowadzenie u dzieci i młodzieży lakierowania zębów z użyciem m.in. diaminofluorku srebra (ACCF 2019, PTSD 2015, AAPD 2018b, AAPD/ADA 2016, ADA 2015, NICE 2014, SIGN 2014, USPSTF 2014, ADA 2013). Lakierowanie powinno być wykonane przynajmniej dwukrotnie w ciągu roku, a w przypadku osób ze stwierdzonym wysokim ryzykiem wystąpienia próchnicy przynajmniej 4 razy w roku (ACCF 2019, PTSD 2015, NICE 2014, SIGN 2014, ADA 2013).
- W 5 z 24 rekomendacji zaleca się wykonywanie lakowania lub wypełnienia ubytków w zębach u dzieci i młodzieży. Lakowanie powinno być prowadzone wraz z lakierowaniem powierzchni zębów w celu ograniczenia rozwoju próchnicy i/lub zapobiegania jej ewentualnemu pojawieniu się (ACFF 2019, AAPD/ADA 2106, EAPD 2016, FDI 2016, SIGN 2014).
- W 6 z 24 rekomendacji zalecane jest prowadzenie fluoryzacji w środowiskach szkolnych. W ramach tych działań należy także dokonać identyfikacji osób, u których obecny jest deficyt fluoru. Fluoryzacja może być wykonana m.in. poprzez fluoryzację mleka, wody pitnej lub suplementację (ACFF 2019, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, ADA 2015, NICE 2014).
- Stosowanie past, żelów i płukanek w domowym użyciu stanowi istotny aspekt profilaktyki próchnicy u dzieci i młodzieży. Rekomendacje podkreślają istotność tych działań, w szczególności u dzieci poniżej 3 roku życia ze względu na ograniczone możliwości w zakresie stosowania innych środków profilaktyki próchnicy. Korzystanie przez dzieci z tych wyrobów jak i proces szczotkowania (przynajmniej 2 razy dziennie) powinien odbywać się pod kontrolą rodziców (ACFF 2019, PTSD 2015, AAPD 2018b, AAPD 2018a, CPS 2016, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, ADA 2015, ADA 2014, NICE 2014, SIGN 2014, ADA 2013).

2.2. Populacja docelowa

Dzieci i młodzież w wybranym przez wnioskodawcę wieku, między 6 m.ż. a 18 r.ż., mając na uwadze potrzeby społeczności (ACFF 2019, AAPD 2019A, AAPD 2019B, AAPD 2018A, AAPD 2018B, AAPD 2017A, AAPD 2017B, AAPD/ADA 2016, CPS 2016, EAPD 2016, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, NICE 2015, ADA 2014, NICE 2014, SIGN 2014, USPSTF 2014, ADA 2013, HPDG 2013, ADA/US DHHS 2012, IOHSGI 2012).

2.3. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży należy spełnić określone wymagania.

Wymagania dotyczące personelu medycznego dotyczą:

- Wizyty kwalifikacyjnej:
 - lekarz dentysta i
 - pielęgniarka lub,
 - higienistka stomatologiczna.
- Działań informacyjno-edukacyjnych:
 - lekarz dentysta lub,
 - pielęgniarka lub,

- higienistka stomatologiczna lub,
- asystent medyczny lub,
- edukator zdrowotny.
- Szkolenia dla rodziców:
 - lekarz dentysta lub,
 - pielęgniarka lub,
 - higienistka stomatologiczna lub,
 - asystent medyczny lub,
 - edukator zdrowotny.
- Świadczenia profilaktyki stomatologicznej:
 - Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

3. Dowody naukowe

Do oceny poszczególnych punktów końcowych posłużono się następującymi parametrami:

- RR (ang. Relative Risk, Risk Ratio) – ryzyko względne określa, ile razy zastosowanie ocenianej interwencji zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia badanego zdarzenia w porównaniu z prawdopodobieństwem wystąpienia tego zdarzenia w przypadku zastosowania komparatora.
- OR (ang. Odds Ratio) – iloraz szans; stosunek szans wystąpienia danego zdarzenia w grupie badanej do szansy jego wystąpienia w grupie kontrolnej.
- MD (ang. Mean Difference) – średnia ważona różnic; miara różnicy między grupą badaną, a grupą kontrolną uzyskanej w skali ciągłej, gdy we wszystkich badaniach pierwotnych włączonych do metaanalizy stosowano tę samą skalę pomiarową.

3.1. Wnioski z analizy dowodów naukowych

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do skuteczności lakowania w ograniczaniu ryzyka wystąpienia próchnicy u dzieci. W metaanalizie Tasios 2019 (n=1 427) autorzy dokonali oszacowania wpływu lakowania zębów na prawdopodobieństwo wystąpienia zmian próchnicznych. Zastosowanie laku u dzieci i młodzieży skutkuje redukcją prawdopodobieństwa wystąpienia próchnicy do poziomu [RR= 0,80 (95%CI: 0,63-0,95)] w stosunku do ich niestosowania. W przypadku metaanalizy Krois 2018, dokonano natomiast oszacowania szansy wystąpienia zmian próchnicznych w przypadku zastosowania tej samej technologii. Prowadzenie lakowania u dzieci i młodzieży prowadzi do obniżenia szansy wystąpienia ww. zjawiska do poziomu [OR= 0,29 (95%CI: 0,18-0,46)].

W wyniku wyszukiwania odnaleziono także dowody wtórne odnoszące się do skuteczności lakierowania zębów w ograniczaniu ryzyka wystąpienia próchnicy u dzieci. W przypadku metaanalizy Tasios 2019, autorzy doszli do wniosku, że stosowanie lakierowania prowadzi do zmniejszenia średniej liczby przypadków próchnicy u dzieci w stosunku do nie stosowania tej technologii lub placebo [MD= -0,32 (95%CI: -0,44 - -0,21)]. Ponadto w ramach metaanalizy Sousa 2019 (n=9 373) określono wpływ lakierowania na prawdopodobieństwo wystąpienia próchnicy u dzieci i młodzieży. Zastosowanie omawianej technologii skutkować może obniżeniem prawdopodobieństwa wystąpienia próchnicy do poziomu [RR= 0,88 (95%CI: 0,81-0,95)]. Autorzy przeglądu określili także odsetek przypadków próchnicy jakim można zapobiec poprzez zastosowanie omawianej technologii. W przypadku lakierowania może dojść do obniżenia liczby przypadków próchnicy o 77,5% (95%CI: 67,8%-87,2%).

Odnaleziono również dowody wtórne odnoszące się do stosowania rozmów motywacyjnych lub przypomnień nt. istotności działań profilaktycznych w zapobieganiu występowania zmian próchnicznych. Zgodnie z wynikami metaanalizy Tasios 2019, zastosowanie krótkich przypomnień o działaniach profilaktycznych skutkuje zmniejszeniem prawdopodobieństwa wystąpienia zmian próchnicznych do poziomu [RR= 0,40 (95%CI: 0,31-0,64)].

W ramach uzupełnienia analizy klinicznej korzystano również z przygotowanego przez Agencję Aneksu pt. „Programy profilaktyki próchnicy u dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”. W niniejszym opracowaniu odnaleziono publikacje odnoszących się do wpływu stosowania poprawnych technik higieny jamy ustnej na zmianę w indeksie DMFS i DMFT. Zgodnie z wynikami metaanalizy Marinho 2016 (n=24 538) zastosowanie płukanek zawierających fluor skutkuje 27% (95%CI: 23%-30%) redukcją w indeksie DMFT. Ponadto w ramach metaanalizy Marinho 2015 (n=10 223) autorzy dokonali oszacowania wpływu stosowania żelów fluorkowych na zmianę w indeksie DMFS. Stosowanie żelów fluorkowych w higienie jamy ustnej prowadzi do 38% (95%CI: 24%-52%) redukcji w indeksie DMFS. Podobną redukcję można otrzymać w przypadku zębów mlecznych. Należy spodziewać się ok. 20% (95%CI: 1%-38%) redukcji w indeksie DMFS.

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do skuteczności edukacji w ramach programów na występowanie zmian próchnicznych. Zgodnie z wynikami najnowszej metaanalizy Fraihat 2019 (n=11 115) zastosowanie tego typu edukacji prowadzi do obniżenia szansy wystąpienia uszkodzeń zębów, które będą wymagały wypełnienia, do poziomu [OR= 0,03 (95%CI: 0,01-0,11)]. Autorzy metaanalizy Stein 2017 (n=1 539) dokonali również oszacowania wpływu edukacji na temat zdrowia jamy ustnej w połączeniu z nauką poprawnych technik szczotkowania zębów na występowanie próchnicy u dzieci i młodzieży. Zastosowanie tego typu edukacji może prowadzić do zmniejszenia średniej liczby przypadków próchnicy u dzieci [MD= -0,07 (95%CI: -0,32 - 0,19)]. Podobne wnioski

określono w przeglądzie Silva 2016 (n=218 857), gdzie wskazano, że zastosowanie ww. interwencji prowadzi do redukcji w zakresie indeksu DMFT [MD= -1,59 (95%CI: -2,67 - -0,52)] i DMFS [MD= -0,02 (95%CI: -0,13 - 0,10)]. Natomiast zastosowanie dowolnej edukacji na temat zdrowia jamy ustnej, niezależnie od sposobu i trybu jej realizacji również prowadzi do zmniejszenia średniej liczby przypadków próchnicy u dzieci i młodzieży [MD= -0,36 (95%CI: -0,59 - -0,13)].

W ramach przeglądu Arora 2019 (n=19 495) autorzy określili natomiast wpływ działań przesiewowych na tendencję dzieci i młodzieży do korzystania ze świadczeń stomatologicznych. Zastosowanie przesiewu zwiększa prawdopodobieństwo skorzystania przez dzieci i młodzież ze świadczeń stomatologicznych, zarówno w przypadku przesiewu o konkretnych kryteriach kwalifikacji [RR= 1,52 (95%CI: 1,15-2,00)] jak i przesiewu połączonego z rozmowa motywacyjną [RR= 3,08 (95%CI: 2,57-3,71)].

3.2. Symulacja skutków prowadzenia przesiewu pod kątem wykrycia próchnicy w populacji dzieci i młodzieży

Ze względu na złożoność uwzględnionych w raporcie interwencji i ograniczenia dostępnych danych liczbowych nie jest możliwe przeprowadzenie symulacji liczbowej oraz symulacji kosztów prowadzenia programu.

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Zgodnie z Obwieszczeniem MZ z dnia 30 maja 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2019 poz. 1199) dzieciom i młodzieży przysługuje szeroki zakres interwencji nacelowany na profilaktykę próchnicy. W ramach świadczeń gwarantowanych realizowane są m.in. takie zabieg jak:

- zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd pierwszych trzonowców stałych raz do ukończenia 8 roku życia oraz bruzd drugich trzonowców stałych raz do ukończenia 14 roku życia,
- lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał,
- impregnacja zębiny zębów mlecznych,
- leczenie próchnicy zębów mlecznych i stałych,
- kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych
- kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych,
- leczenie chorób przyzębia,
- leczenie ortodontyczne do ukończenia 12 roku życia,
- wypełnienia kompozytowe światłoutwardzalne w zakresie zębów siecznych i kłów w szczęcie i żuchwie,
- profilaktyczne świadczenia stomatologiczne są dedykowane dzieciom w: 6, 9, 12 miesiącu życia oraz 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 19 roku życia,
- znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń gwarantowanych,
- udzielanie świadczeń ogólnostomatologicznych w dentobusie dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż..

W załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia znaleźć można informację, iż świadczeniem gwarantowanym są także:

- zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb (dot. bruzd zębów szóstych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 8 roku życia) oraz bruzd drugich trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 14. roku życia,
- lakierowanie zębów ¼ łuku zębowego (dot. wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego; świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.).

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. (Dz. U. 2019 poz. 736) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarka lub higienistka szkolna planuje i realizuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami na terenie szkoły lub w placówkach do tego przeznaczonych, w tym edukację w zakresie zdrowia jamy ustnej.

Ponadto 12 kwietnia 2019 roku weszła w życie ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami, która nakłada na szkoły obowiązek zapewnienia opieki stomatologicznej dla wszystkich uczniów do 19 roku życia. Aby zapewnić dzieciom i młodzieży niezbędną pomoc stomatologiczną administratorzy szkoły mogą w tym celu skorzystać z dwóch ścieżek, którymi są: uruchomienie gabinetu dentystycznego w szkole lub nawiązania umowy z placówkami stomatologicznymi, które świadczą usługi w ramach kontraktu z NFZ. Zgodnie z ww. ustawą każde dziecko ma mieć zapewnioną w szkole profilaktykę zdrowotną oraz opiekę stomatologiczną.

5. Wskaźniki dotyczące monitorowania i ewaluacji

5.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły. Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących mierników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w wywiadzie kwalifikacyjnym,
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie,
- liczba rodziców/opiekunów prawnych, którzy zdecydowali się wziąć udział w zaplanowanych działaniach edukacyjnych,
- liczba osób poddanych poszczególnym zabiegom profilaktyki stomatologicznej.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ, w formie elektronicznej bazy danych np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta.

5.2. Ewaluacja

Ewaluację należy przeprowadzić po zakończeniu programu i umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji ogólnej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- odsetku osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestników programu,
- odsetku osób, u których doszło do pogłębienia próchnicy pomimo przeprowadzonych działań profilaktycznych, w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i PUW dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestników programu,
- liczbie osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat próchnicy,
- odsetku osób, u których doszło do poprawy stanu higieny jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźnika OHI-S, w stosunku do wszystkich uczestników programu.

6. Modelowe rozwiązanie

6.1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia PPZ

6.1.1. Opis problemu zdrowotnego

Patrz pkt 1 rekomendacji.

6.1.2. Dane epidemiologiczne

UWAGA: Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikowania obszarów, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawią jego sytuację na tle kraju.

Patrz pkt 1 rekomendacji.

6.1.3. Opis obecnego postępowania

UWAGA: opis aktualny na dzień utworzenia raportu. Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu i wprowadzić ewentualne zmiany.

Patrz pkt 4 rekomendacji.

6.2. Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

6.2.1. Cel główny

Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci i młodzieży uczęszczających w programie.

6.2.2. Cele szczegółowe

6.2.2.1. Podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w zakresie próchnicy u dzieci, młodzieży i ich rodziców.

6.2.2.2. Zwiększenie liczby dzieci stosujących się do zasad prawidłowych technik higieny jamy ustnej.

6.2.3. Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	Liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i PUW dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie dzieci i młodzieży.
6.2.2.1.	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 osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych.
6.2.2.2.	Liczba dzieci szczotkujących zęby przynajmniej dwukrotnie w ciągu dnia i/lub stosujących płukanki w stosunku do wszystkich uczestników programu.

6.3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach PPZ

6.3.1. Populacja docelowa

UWAGA: Istotne jest określenie wielkości populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie, jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większa włączona do PPZ populacja, tym większe są możliwości uzyskania widocznych efektów zdrowotnych w danym zakresie.

Patrz pkt 2.2. rekomendacji.

6.3.2. Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Wizyta kwalifikacyjna	Wszystkie osoby włączone do programu Wyrażenie pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego dziecka na przeprowadzenie działań realizowanych w ramach programu	-
Działania informacyjno-edukacyjne	Wszystkie osoby włączone do programu	-
Szkolenia dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci i młodzieży uczestniczących w programie	Rodzice/opiekunowie prawni dzieci i młodzieży uczestniczących w programie	-
Świadczenia profilaktyki stomatologicznej	Osoby zakwalifikowane do świadczeń podczas wizyty kwalifikacyjnej	Znajdowanie się pod stałą opieką stomatologa w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych

6.3.3. Planowane interwencje

UWAGA: W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą jakością i efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.

ŚWIADCZENIA PROFILAKTYKI STOMATOLOGICZNEJ:

- W ramach planowania programu należy zastosować interwencje profilaktyczne, które będą stanowić uzupełnienie lub ulepszenie świadczeń gwarantowanych. Przykładowymi interwencjami, które można uwzględnić w programie mogą być m.in.:
 - fluoryzacja,
 - lakierowanie zębów,
 - lakowanie zębów.

Poniżej uwzględniono interwencje nie wchodzące w skład świadczeń gwarantowanych. Interwencje te należy traktować jako integralną część prowadzonego programu.

WIZYTA KWALIFIKACYJNA:

- Podczas wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad i badanie stomatologiczne w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia próchnicy.
- W ramach wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad w celu wstępnej oceny ryzyka wystąpienia próchnicy. W wywiadzie należy skupić się na obecności podstawowych czynników ryzyka ww. choroby:
 - nadmiernie spożywanie żywności bogatej w cukry,
 - obecność niedoborów wapnia i witaminy D,
 - wiek rozpoczęcia szczotkowania zębów,
 - częstotliwość szczotkowania zębów,
 - częstotliwość wizyt kontrolnych,
 - użytkowanie past i płukanek zawierających fluor.
- Ocena stanu uzębienia dziecka zostaje dokonana w oparciu o wskaźniki PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych.
- W oparciu o wyniki wizyty kwalifikacyjnej należy dostosować dalsze postępowanie.

DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE:

- Informacje na temat programu oraz działań edukacyjnych powinny być przekazywane za pośrednictwem mediów społecznościowych oraz innych dostępnych środków masowego przekazu. Opcjonalnym jest przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych nakierowanych na próchnicę w populacji dzieci i młodzieży.
- Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim podczas udzielania świadczeń w zakresie POZ lub każdej innej wizyty lekarskiej.
- W ramach planowania działań informacyjno-edukacyjnych należy także skonsultować się z radą ds. programu. Ma to na celu uzupełnienie planowanych interwencji o propozycje wynikające z doświadczenia i praktyki członków rady.

- Działania edukacyjne powinny być przede wszystkim prowadzone w przedszkolach, szkołach i innych ośrodkach oświaty. Formę i czas prowadzenia ww. działań należy dostosować do miejsca i wieku uczestników.
- Rozpoczęcie kampanii edukacyjno-informacyjnej nakierowanej na podniesienie świadomości populacji ogólnej nt. próchnicy:
 - korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak częste szczotkowanie czy stosowanie płukanek zawierających fluor,
 - głównych czynników ryzyka występowania próchnicy w populacji,
 - szkód wynikających z nieuczęszczania na regularne wizyty u stomatologa,
 - skutków zdrowotnych uszkodzenia zębów przez zmiany próchnicze.
- Szczególną uwagę należy zwrócić na przeprowadzenie w ramach edukacji, szkoleń podczas, których zostaną zaprezentowane poprawne techniki szczotkowania zębów i sposoby utrzymania dobrego stanu zdrowia jamy ustnej.
- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji.
- W przypadku kiedy dostępne są gotowe materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności je wykorzystać m.in.:
 - materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Programu edukacyjno-profilaktycznego w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży” (https://www.power.gov.pl/media/87812/Zalacznik_17.pdf).

SKOLENIA DLA RODZICÓW:

- Działaniami edukacyjnymi powinni być również objęci rodzice dzieci, które biorą udział w programie.
- Szkolenie może zostać przeprowadzone również w formie indywidualnej, podczas wizyty dziecka u stomatologa.
- Szkolenia powinny realizować określoną tematykę związaną z próchnicą:
 - korzyści płynące z kontrolnych wizyt stomatologicznych,
 - produkty i środki higieny jamy ustnej jakie należy stosować u dzieci w celu zahamowania rozwoju próchnicy,
 - skutki zdrowotne nieleczzonej próchnicy u dzieci i młodzieży,
 - korzyści płynące z profilaktyki stomatologicznej już od najmłodszych lat życia dziecka.
- Podczas szkolenia należy podkreślić konieczność sprawowania przez rodziców nadzoru nad procesem szczotkowania i płukania zębów przez dziecko.

6.3.4.Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert.

6.3.5. Sposób zakończenia udziału w PPZ

Kryteria zakończenia udziału w PPZ:

- zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

6.4. Organizacja PPZ

6.4.1. Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

1. Stworzenie rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawiciele odpowiednich instytucji (również niemedyycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością rady ds. programu nie powinny przekraczać więcej niż 5% całego budżetu.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Przeprowadzenie interwencji: wizyty kwalifikacyjnej; działań edukacyjno-informacyjnych; szkoleń dla rodziców/opiekunów prawnych oraz pozostałych interwencji zaplanowanych w programie.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
7. Zakończenie realizacji PPZ.
8. Rozliczenie finansowe PPZ.
9. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

6.4.2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Patrz pkt 2.3. rekomendacji.

6.5. Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

6.5.1. Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco (np. przez tworzenie raportów okresowych) i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno się składać z oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Patrz pkt 5.1 rekomendacji.

6.5.2. Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ.

Patrz pkt 5.2 rekomendacji.

6.6. Budżet PPZ

W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

6.6.1. Koszty jednostkowe

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych.

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych,
- koszt prowadzenia działań edukacyjnych,
- koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego,
- koszt wykonania każdej zaplanowanej w ramach programu interwencji,
- koszt przeprowadzenia szkolenia dla rodziców/opiekunów prawnych,
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3×4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty pośrednie (katalog otwarty)				
1.	Ewaluacja i monitorowanie		5-10% całkowitego budżetu PPZ	
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia			
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
Koszty bezpośrednie				
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych			
2.	Koszt przeprowadzenia każdej interwencji zaplanowanej w ramach programu			
3.	Koszt realizacji edukacji dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci			
4.	Koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego			
SUMA				

6.6.2. Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20XX r.	
20XX r.	
Koszt całkowity	

6.6.3. Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki, odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 94/2020 z dnia 27 kwietnia 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji dla problemu zdrowotnego: próchnica zębów u dzieci i młodzieży, data ukończenia raportu: kwiecień 2020.

Piśmiennictwo

Opinia RP	Opinia Rady Przejrzystości nr 94/2020 z dnia 27 kwietnia 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących próchnicy zębów u dzieci i młodzieży z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”.
Raport	Raport nr OT.423.8.2019 „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”, data ukończenia raportu: kwiecień 2020.
AAPD 2019a	American Academy of <i>Pediatric Dentistry</i> . (2019). Periodicity of Examination. Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. Pozyskano z: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_cariesriskassessment.pdf dostęp z: 10.04.2020.
AAPD 2019b	American Academy of <i>Pediatric Dentistry</i> . (2019). Pediatric Restorative Dentistry. Pozyskano z: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_restoratedent.pdf dostęp z: 10.04.2020.
ACFF 2019	Kaczmarek, U., Jackowska, T., Mielnik-Błaszczak, M., Jurczak, A., & Olczak-Kowalczyk, D. (2019). Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci i młodzieży – rekomendacje polskich ekspertów.
AAPD 2018a	American Academy of Pediatric Dentistry. (2018). Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling and Oral Treatment for Infants, Children and Adolescents. Reference Manual, 209-219.
AAPD 2018b	American Academy of Pediatric Dentistry. (2018). Fluoride therapy. Reference Manual, 40(06), 250-253.
AAPD 2017a	American Academy of Pediatric Dentistry. (2017). Adolescent Oral Health Care. 233-240.
AAPD 2017b	Crystal, Y. O., Marghalani, A. A., Ureles, S. D., Wright, J. T., Sulyanto, R., Divaris, K., ... & Graham, L. (2017). Use of silver diamine fluoride for dental caries management in children and adolescents, including those with special health care needs. <i>Pediatric dentistry</i> , 39(5), 135E-145E.
WHO 2016	O Mullane, D. M., Baez, R. J., Jones, S., Lennon, M. A., Petersen, P. E., Rugg-Gunn, A. J., ... & Whitford, G. M. (2016). Fluoride and oral health. <i>Community dental health</i> , 33(2), 69-99.
AAPD/ADA 2016	Wright, J. T., Crall, J. J., Fontana, M., Gillette, E. J., Nový, B. B., Dhar, V., ... & Crespín, M. (2016). Evidence-based clinical practice guideline for the use of pit-and-fissure sealants: a report of the American Dental Association and the American Academy of Pediatric Dentistry. <i>The Journal of the American Dental Association</i> , 147(8), 672-682.
EAPD 2016	Richards, D. (2016). Best clinical practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document. <i>Evidence-based dentistry</i> , 17(2), 35-37.
FDI 2016	Pitts, N. B., & Zero, D. (2016). White paper on dental caries prevention and management. FDI World Dental Federation.
RACGP 2016	Hayes, P. (2017). Preventive activities. The RACGP's Guidelines for preventive activities in general practice has been updated and is in its 9th edition, 6.
CPS 2016	CPS. (2016). An update to the Greig Health Record: Preventive health care visits for children and adolescents aged 6 to 17 years: The Greig Health Record – Technical Report. Pozyskano z: https://www.cps.ca/en/documents/position/greig-health-record-technical-report t, dostęp z: 10.04.2020.
ADA 2015	American Dental Association (2015). Topical fluoride for caries prevention: Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. 144(11): 1279–1291.

NICE 2015	American Dental Association Council on Scientific Affairs. (2014). Fluoride toothpaste use for young children. Journal of the American Dental Association (1939), 145(2), 190.
PTSD 2015	PTSD, (2015). Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej u dzieci i młodzieży. Pozyskano z: http://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2016/01/PTSD_Wytyczne_na_temat_indywidualnej_profilaktyki_fluorkowej.pdf , dostęp z: 10.04.2020.
ADA 2014	American Dental Association (2014). Fluoride toothpaste use for young children. American Dental Association Council on Scientific Affairs. The Journal of the American Dental Association, 145 (2), 190-191.
NICE 2014	NICE. (2014). Oral Health: local authorities and partners. Public health guideline. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/ph55 dostęp z dn. 09.04.2020.
SIGN 2014	Network, S. I. G. (2014). Dental Interventions to prevent caries in children; a national clinical guideline.
USPSTF 2014	Moyer, V. A. (2014). Prevention of dental caries in children from birth through age 5 years: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Pediatrics, 133(6), 1102-1111.
ADA 2013	Robert J. Weyant, DMD, DrPH; Sharon L. Tracy, PhD; Theresa (Tracy) Anselmo... Daniel M. Meyer, DDS; (2013). Topical fluoride for caries prevention. Full report of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. A report of the Council of Scientific Affairs.
HPDG 2013	HPDG. (2013). Health Partners Dental Group and Clinics caries guideline. Pozyskano z: https://www.guidelinecentral.com/summaries/healthpartners-dental-group-and-clinics-caries-guideline/#section-society . Dostęp z dn. 10.04.2020.
IOHSGI 2012	Irish Oral Health Services Guideline Initiative. (2012). Oral health assessment: Best practice guidance for providing an oral health assessment programme for school-aged children in Ireland. Retrieved April, 25, 2012.
ADA/US DHHS 2012	ADA/ US DHHS. (2012). Dental radiographic examinations: recommendations for patient selection and limiting radiation exposure. Chicago: ADA.
MPZ 2018	MZ. (2018). Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób jamy ustnej i stomatologii. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/04/mapa_potrzeb_zdrowotnych_stomatologia_mazowieckie.pdf dostęp z dn. 01.04.2020r.
MZ 2016	Ministerstwo Zdrowia(2016). Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/monitorowanie-stanu-zdrowia-jamy-ustnej-populacji-polskiej-w-latach-2016-2020 dostęp z dn. 01.04.2020r.
WHO 2009	World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf , dostęp z 14.04.2020.
Kawalec 2008	Kawalec W., Kubicka K., Pediatria (2008). 1 t., Wyd. III, Warszawa, <i>Wydawnictwo Lekarskie PZWL</i> , Metody oceny rozwoju fizycznego, s. 16-17.
Olczak 2012	Olczak-Kowalczyk D., Wagnera L. (2012). Wprowadzenie do stomatologii dziecięcej, Warszawa, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Nabyte choroby tkanek zmineralizowanych zębów u dzieci, s. 66-149.
Szybka 2011	Turska-Szybka, A., Grudziąż-Sękowska, J., & Olczak-Kowalczyk, D. (2011). Early childhood caries risk factors and individual assessment of risk level according to CAMBRA. Nowa Stomatologia.

Harris 2004	Harris, R., Nicoll, A. D., Adair, P. M., & Pine, C. M. (2004). Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. <i>Community dental health</i> , 21(1), 71-85.
Szczeklik 2017	Szczeklik, A. (2017). <i>Interna Szczeklika 2017</i> . Medycyna Praktyczna.