



Rekomendacja nr 18/2016

z dnia 11 kwietnia 2016 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia „Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb” jako świadczenia gwarantowanego.

Prezes Agencji rekomenduje zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb”, dotyczącego bruzd drugich stałych zębów trzonowych, jako świadczenia gwarantowanego.

Uzasadnienie rekomendacji

Prezes Agencji, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości uznaje za zasadne finansowanie ze środków publicznych świadczenia „Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb”.

Odnalezione przeglądy systematyczne wskazują, że lakowanie bruzd powierzchni zgryzowych stałych zębów trzonowych u dzieci i młodzieży zmniejsza ryzyko wystąpienia próchnicy.

Wszystkie odnalezione rekomendacje kliniczne (American Academy of Pediatric Dentistry 2015, Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2014, Canadian Paediatric Society/Greig Health Record 2010, Irish Oral Health Services Guideline Initiative 2009, New South Wales 2013, Irish Oral Health Services Guideline Initiative 2010, American Dental Association 2008, European Academy of Paediatric Dentistry 2004) wskazują na skuteczność lakowania zębów trzonowych w profilaktyce próchnicy.

Aktualnie finansowane jest świadczenie zabezpieczenia profilaktycznego bruzd lakiem szczelinowym, które dotyczy bruzd zębów szóstych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 8 roku życia, co generuje koszty około 1,5 miliona złotych rocznie. Lakowanie siódmych zębów (których dotyczy wnioski) może generować podobne koszty.

Ponadto, w opinii Prezesa Agencji, niezbędna jest weryfikacja wszystkich świadczeń finansowanych w ramach katalogu stomatologii i zmiana sposobu ich finansowania na metodę, która uwzględniłaby kompleksowość procedur medycznych.



Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia stomatologicznego.

Problem zdrowotny

Próchnica zębów jest chorobą infekcyjną, wywołaną przez bakterie kolonizujące ich powierzchnie. W odróżnieniu od większości chorób zakaźnych występujących u ludzi, próchnica jest raczej wynikiem zaburzenia lokalnej równowagi mikroflory endogennej jamy ustnej, niż działania patogenu egzogenego. Bakteriami odpowiedzialnymi za demineralizację są przede wszystkim paciorkowce *Streptococcus mutans* i *sobrimus*. W zaawansowanej próchnicy stwierdza się natomiast wysoki poziom *Lactobacillus* oraz obecność bakterii Gram-dodatnich (m.in. *Actinomyces naeslundii* i *odontolytius*, *Propionibacterium spp.*, *Eubacterium spp.*) i Gram-ujemnych (m.in. *Fusobacterium spp.*, *Capnocytophage spp.*, *Veillonella spp.*).

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. Niebagatelną rolę odgrywa czas oddziaływania tych czynników, a ślina i jej zdolności zarówno buforujące jak i przeciwbakteryjne, stwarzająca specyficzne środowisko jamy ustnej, stanowiące istotny element rozpatrywany w ocenie narażenia na próchnicę.

Jednymi z predysponowanych powierzchni, na których częściej i wcześniej niż na pozostałych rozwija się próchnica, są powierzchnie zgryzowe zębów bocznych. Pomimo, iż zajmują one jedynie 12,5% wszystkich powierzchni zębów, ubytki próchnicowe znajdujące się na nich mogą stanowić ponad 90% wszystkich ubytków wykrywanych do 12 roku życia. Jak wykazały badania epidemiologiczne wykonane u dzieci i młodzieży, proces próchnicowy przede wszystkim dotyczy powierzchni zgryzowych pierwszych zębów trzonowych.

Podatność powierzchni zgryzowej zębów na próchnicę jest częściowo uwarunkowana ich budową anatomiczną. Kształtowane w procesie odontogenezy guzki zębów bocznych determinują powstanie między nimi zagłębień przypominających płytsze lub głębsze doliny zwane bruzdami międzYGuzkowymi. Specyficzny proces tworzenia szkliwa związany z czynnością ameloblastów na przeciwnych stronach bruzd sprawia, iż grubość szkliwa zmniejsza się od powierzchni zgryzowej w kierunku podstawy bruzdy i od połowy jej głębokości może wynosić zaledwie 1 mm, podczas gdy na innych powierzchniach zęba grubość szkliwa dochodzi nawet do 2,6 mm. Rysunek systemu bruzd jest w zasadzie uzależniony od przynależności danego zęba do grupy anatomicznej, ale może być również osobniczo zmienny.

Zgodnie z wynikami badania Stanu Zdrowia Jamy Ustnej (w którym przebadano 1 868 dzieci) dzieci w wieku 12 lat w Polsce, uszczelnienia bruzd wymaga 43,7% dzieci w wieku 12 lat.

Alternatywna technologia medyczna

Według rekomendacji klinicznych wśród metod profilaktyki pierwotnej wystąpienia próchnicy u dzieci i młodzieży zostały wymienione: szczotkowanie zębów, używanie fluoru w postaci past do zębów, lakierów, żelów, fluorkowanie wody, usuwanie płytki nazębnej, używanie nici dentystycznej, odpowiednia dieta, używanie laków szczelinowych do zabezpieczania bruzd oraz szczelin w zębach trzonowych stałych.

Według wytycznych lakowane powinny być: wszystkie zęby stałe (American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2015), zęby stałe trzonowe (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2014), bruzdy i dołki narażonych zębów (AAPD 2013), wybrane zęby (Canadian Paediatric Society/Greig

Health Record (CPS/GHR) 2010) oraz bruźdy i dołki zębów stałych (Irish Oral Health Services Guideline Initiative (IOHSGI) 2009).

Aktualnie brak jest profesjonalnych metod alternatywnych w profilaktyce próchnicy drugich zębów trzonowych stałych.

Opis wnioskowanego świadczenia

Wnioskowane świadczenie dotyczy uzupełnienie obecnie finansowanego świadczenia *Zabezpieczenie profilaktyczne bruźd lakiem szczelinowym – za każdy ząb (ICD-9-CM: 23.1003)* o lakowanie bruźd drugich (aktualnie finansowane jest lakowanie pierwszych) stałych zębów trzonowych. W jego ramach wykonywane będzie uszczelnianie bruźd drugich zębów trzonowych stałych do ukończenia 14 r.ż. Świadczenie udzielane będzie jeden raz do ukończenia 14 roku życia, przez lekarza dentyzę.

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

Analizę efektywności klinicznej wnioskowanej technologii oparto na przeglądach systematycznych ze względu na fakt, iż laki szczelinowe są stosowane w stomatologii od lat 60-70 XX w. i wstępne wyszukiwanie (bez zawężenia do przeglądów systematycznych) wskazało na 10 tys. abstraktów. Dodatkowo wszystkie najnowsze wytyczne kliniczne rekomendują stosowanie laków szczelinowych do zębów trzonowych stałych jako element profilaktyki pierwotnej wystąpienia próchnicy u dzieci i młodzieży.

W wyniku przeprowadzonego wyszukiwania odnaleziono 3 przeglądy systematyczny kwalifikujące się do włączenia do niniejszego raportu:

- Ahovuo-Saloranta 2013 – celem badania było porównanie efektów działania różnych typów laków szczelinowych w zapobieganiu próchnicy u dzieci i młodzieży w zębach stałych, do przeglądu włączono 34 badania kliniczne, populację stanowiły osoby poniżej 20 r.ż.;
- Azarpazhooh 2008 – celem badania była ocena dowodów dotyczących lakowania zębów w zapobieganiu próchnicy u dzieci i młodzieży, do przeglądu włączono 25 publikacji, populację stanowiły osoby do 18 r.ż.;
- Mejare 2003 – celem badania była ocena dowodów na profilaktyczny efekt przeciw próchnicowy lakowania szczelin powierzchni zgrzyzowych zębów i ocena czynników potencjalnie modyfikujących ten efekt, do przeglądu włączono 13 badań, populację stanowiły dzieci do 14 r.ż. w momencie włączenia do badania (do 8 lat dla pierwszych zębów trzonowych i do 14 lat dla drugich zębów trzonowych).

W przeglądzie systematycznym Ahovuo-Saloranta 2013 uwzględniono:

- 12 badań klinicznych porównujących efekt działania laku szczelinowego z niezastosowaniem laku szczelinowego w ogóle;
- 21 badań oceniających jeden rodzaj laku szczelinowego w porównaniu z zastosowaniem innego;

- 1 badanie kliniczne mające na celu ocenę dwóch różnych rodzajów laku szczelinowego z niezastosowaniem laku szczelinowego w ogóle.

W przeglądzie tym autorzy dochodzą do wniosku, że stosowanie laków szczelinowych jest rekomendowanym postępowaniem w zapobieganiu próchnicy. Lakowanie bruzd powierzchni zgryzowych stałych zębów trzonowych u dzieci i młodzieży zmniejsza ryzyko wystąpienia próchnicy w 48-miesięcznym okresie obserwacji, w porównaniu z nielakowaniem zębów.

Autorzy przeglądu Azarpazhooh 2008 twierdzą, że laki szczelinowe powinny być stosowane na wszystkie stałe zęby trzonowe (pierwsze i drugie) bez stwierdzonych na nich zmian próchnicowych po pełnym wyrznięciu zęba.

W kilku kontrolowanych próbach klinicznych włączonych do przeglądu Mejare 2003 oceniano profilaktyczny efekt przeciwpróchnicowy lakowania szczelin powierzchni zgryzowych drugich zębów trzonowych. W jednym z badań zastosowano pojedynczą aplikację laku u dzieci w wieku 10-14 lat i follow-up: 4 lata. Względne zmniejszenie ryzyka (RRR – ang. *relative risk reduction*) próchnicy w grupie, która miała lakowane zęby trzonowe w porównaniu z grupą kontrolną określono na 30%. W innym badaniu zastosowano powtarzalną aplikację laku w 4 grupach dzieci obserwowanych przez 2 lata, u których zastosowano materiał polimerowy (1 grupa wraz z ramieniem kontrolnym) lub cement szkło-jonomerowy (2 grupa wraz z ramieniem kontrolnym), a okres follow-up wyniósł 2 lata. Względne zmniejszenie ryzyka próchnicy w grupie, w której zastosowano lak polimerowy w porównaniu z grupą kontrolną określono na 93% (wynik istotny statystycznie), zaś dla porównań w grupie 2 wskaźnik RRR wyniósł 20-31% i nie był istotny statystycznie. Autorzy badania doszli do wniosku, iż dowody naukowe dla zastosowania lakowania w profilaktyce próchnicy drugich zębów trzonowych są niewystarczające.

Bezpieczeństwo

W odnalezionym przeglądzie Ahovuo-Saloranta 2013 wskazano, że tylko w dwóch włączonych badaniach odniesiono się do bezpieczeństwa stosowania laków szczelinowych – w żadnym z tych badań nie wykazano żadnych skutków ubocznych ich stosowania.

W trzech z dziewięciu odnalezionych rekomendacjach odniesiono się do bezpieczeństwa stosowania laków szczelinowych – wytyczne europejskie z 2004 roku, irlandzkie z 2010 roku oraz australijskie z 2013 roku. Najważniejsze wnioski płynące z tych dokumentów przedstawiono poniżej.

W wytycznych europejskich European Academy of Paediatric Dentistry z 2004 roku (EAPD 2004) wskazano, że w połowie lat 90-tych wyrażono obawy w stosunku do bezpieczeństwa bisfenolu A oraz dimetakrylanu bisfenolu A (bis-DMA), pochodzących z laków szczelinowych i ich potencjalnej aktywności estrogenowej w organizmie. Jednak późniejsze badania wykazały, że krótkotrwałe narażenie na wspomniane związki chemiczne pochodzące z laków szczelinowych jest nieistotne oraz że zaaplikowane do jamy ustnej razem zlakiem szczelinowym mogą w ogóle nie wchłaniać się do organizmu lub mogą być obecne w niewykrywalnych ilościach.

W wytycznych irlandzkich Irish Oral Health Services Guideline Initiative z 2010 roku (IOHSGI 2010) opisano przegląd systematyczny, do którego włączono 11 badań dotyczących możliwości szkodliwego lub toksycznego wpływu materiałów uszczelniających. Wnioski płynące z przeglądu wskazują na to, że pacjenci, u których stosuje się uszczelniacze dentystryczne, nie są narażeni na bisfenol A, jednak zaleca się środki ostrożności, które redukują potencjalne zagrożenie tj.: płukanie powierzchni gdzie zastosowano utwardzacz dentystryczny wodą, wraz ze skutecznym odsysaniem; przepłukanie przez pacjenta jamy ustnej wodą wraz z wypluciem; usunięcie warstwy powierzchniowej resztek monomeru. Kompleksowy przegląd wpływu bisfenolu A na człowieka wskazał, że 99% ekspozycji na bisfenol A pochodzi z diety. Grupa ekspertów, którzy są autorami rekomendacji IOHSGI 2010 ustaliła, że uszczelniacze dentystryczne służące do zabezpieczenia dołków oraz bruzd zębów, są bezpieczne i skuteczne jako metoda profilaktyki wystąpienia próchnicy.

W wytycznych australijskich New South Wales z 2013 roku (NSW 2013) wskazano, że laki szczelinowe są bezpieczne i skuteczne w profilaktyce występowania próchnicy w zębach stałych.

Ponadto odnaleziono wspólny komunikat FDA (ang. Food and Drug Administration) oraz ADA (ang. American Dental Association) z 2013 r., dotyczący stanowiska w sprawie możliwych działań niepożądanych po zastosowaniu laku szczelinowego, wynikających z zawartych w nim śladowych ilości bisfenolu A (BPA). W związku z potwierdzoną naukowo skutecznością laków szczelinowych w profilaktyce próchnicy, ADA w pełni poparło stosowanie zabiegu i jednocześnie dalsze prowadzenie badań w zakresie bezpieczeństwa laków szczelinowych pod kątem występowania w nich śladowych ilości BPA. Ostatecznie w odnalezionym komunikacie stwierdzono, iż niski poziom ekspozycji na BPA, które może pochodzić z laków szczelinowych, nie stwarza znanego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego.

Ograniczenia

Na niepewność wyników analizy klinicznej ma wpływ kilka aspektów, które wymieniono poniżej:

- zarówno jakość, jak i liczba odnalezionych badań, uwzględnionych w ramach przeglądu Ahovuo-Saloranta 2013 dotyczących okresu obserwacji dłuższego niż 48 miesięcy, była mniejsza. Autorzy przeglądu co prawda nie odnoszą się do efektywności klinicznej lakowania zębów trzonowych w podziale na pierwsze i drugie zęby trzonowe, jednak w badaniach włączonych do przeglądu uczestniczyły osoby z wyrzniętymi zarówno pierwszymi jak i drugimi zębami trzonowymi;
- w ramach przeglądu Mejare 2003 autorzy doszli do wniosku, iż dowody naukowe dla zastosowania lakowania w profilaktyce próchnicy drugich zębów trzonowych są niewystarczające, jednakże należy podkreślić, że autorzy nowszego przeglądu, Azarpazhooh 2008, twierdzą, że laki szczelinowe powinny być stosowane na wszystkie zęby trzonowe (pierwsze i drugie).

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.

Oszacowany na 2016 rok próg opłacalności wynosi 125 955 PLN (3 x 41 985 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.

Ze względu na oparcie analizy klinicznej o badania wtórne – przeglądy systematyczne, odstąpiono od wykonania oceny uwzględniającej stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych. Zgodnie z danymi NFZ wycena świadczenia *Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb (ICD-9-CM: 23.1003)* wynosi 11 pkt (1 pkt = 1 zPLN). Wydaje się, iż wartość świadczenia dla zębów siódmych nie ulegnie zmianie.

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. 2015 poz. 345)

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

Nie dotyczy.

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

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

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

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

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

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

Zgodnie z opinią przekazaną przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dodatkowe koszty, jakie musiałby ponieść płatnik publiczny w przypadku włączenia ocenianego świadczenia (zabezpieczenia profilaktycznego lakiem szczelinowym bruzd drugich zębów trzonowych stałych do ukończenia 14 r.ż.) do koszyka świadczeń gwarantowanych, w ciągu roku, byłyby podobne do kosztów aktualnie ponoszonych przez NFZ na finansowanie świadczenia zabezpieczenie profilaktyczne lakiem szczelinowym bruzd zębów szóstych do ukończenia 8 r.ż.

Wnioskowane świadczenie zakłada finansowanie uszczelniania bruzd zębów siódmych w ramach tego samego kodu świadczenia wg rozporządzenia Ministra Zdrowia, co obecnie uszczelnianie bruzd zębów szóstych, co w opinii Prezesa Agencji sugeruje, iż wnioskowane świadczenie powinno być realizowane wg tych samych zasad i przy analogicznych dla płatnika kosztach (ta sama wycena punktowa i warunki udzielania świadczenia).

Aktualnie roczne koszty finansowanego świadczenia zabezpieczenia profilaktycznego bruzd zębów szóstych wynoszą ok. 1,5 mln zł, stąd wydaje się, iż w przypadku objęcia wnioskowanego świadczenia refundacją dodatkowe koszty, jakie będzie musiał ponieść płatnik publiczny mogłyby wynieść co najmniej 1,5 mln zł rocznie.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Uwagi do zapisów programu lekowego

Nie dotyczy.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji wydawanych w innych krajach w odniesieniu do ocenianej technologii

Odnaleziono 9 rekomendacji klinicznych różnych organizacji/paneli eksperckich. Pięć z nich dotyczy profilaktyki pierwotnej występowania próchnicy u dzieci i młodzieży:

- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) z 2015 oraz 2013 roku,
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) z 2014 roku,
- Canadian Paediatric Society/Greig Health Record (CPS/GHR) z 2010 roku,
- Irish Oral Health Services Guideline Initiative (IOHSGI) z 2009 roku.

Natomiast 4 kolejne rekomendacje dotyczą wskazań do stosowania laków szczelinowych:

- New South Wales (NSW) z 2013 roku,
- Irish Oral Health Services Guideline Initiative (IOHSGI) z 2010 roku,
- American Dental Association (ADA) z 2008 roku,
- European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) z 2004 roku.

Wśród metod profilaktyki pierwotnej wystąpienia próchnicy u dzieci i młodzieży zostały wymienione: szczotkowanie zębów, używanie fluoru w postaci past do zębów, lakierów, żelów, fluorkowanie wody, usuwanie płytki nazębnej, używanie nici dentystycznej, odpowiednia dieta, używanie laków szczelinowych do zabezpieczania bruzd oraz szczelin w zębach trzonowych stałych.

Wytyczne amerykańskie AAPD 2013 i australijskie NSW 2013 podkreślają, że wszelkie ubytki w lakach uszczelniających powinny być monitorowane oraz uzupełniane w razie konieczności. Wytyczne irlandzkie IOHSGI 2009 również zwracają uwagę na to, że stan zabezpieczenia lakiem powinien być utrzymany.

Według wytycznych lakowane powinny być: wszystkie zęby stałe (AAPD 2015), zęby stałe trzonowe (SIGN 2014), bruzdy i dołki narażonych zębów (AAPD 2013), wybrane zęby (CPS/GHR 2010) oraz bruzdy i dołki zębów stałych (IOHSGI 2009).

Rekomendacje dotyczące stosowania laków szczelinowych w zapobieganiu wystąpienia próchnicy wskazują na to, że lakowane u dzieci i młodzieży powinny być: pierwsze oraz drugie stałe zęby trzonowe (NSW 2013, IOHSGI 2010) oraz stałe zęby trzonowe (ADA 2008). Wytyczne europejskie wskazują na to, że wyboru zębów do zaaplikowania laku szczelinowego dokonuje się indywidualnie, odpowiednio do aktywności próchnicy oraz stanu zdrowia dziecka (EAPD 2004).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 22.10.2015 r. Ministra Zdrowia (znak pisma: OZG.078.16.2015/ES), odnośnie przygotowania rekomendacji Prezesa w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb” jako

świadczenia gwarantowanego, na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.) po uzyskaniu Stanowisko Rady Przejrzystości nr 31/2016 z dnia 4 kwietnia 2016 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb” jako świadczenia gwarantowanego.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 31/2016 z dnia 4 kwietnia 2016 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb” jako świadczenia gwarantowanego.
2. Raport nr AOTMiT-OT-430-19/2015. Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej