



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

---

**Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne  
dla dziecka w 3. roku życia  
Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej**

Nr: WS.420.7.2023

Data ukończenia: 21.06.2023

**KARTA NIEJAWNOŚCI**

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nazwa wnioskodawcy).

**Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem (nazwa wnioskodawcy) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1330 z późn. zm.) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r., poz. 419 z późn. zm.).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** (nazwa wnioskodawcy).

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

**Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem (nazwa przedsiębiorców innych niż wnioskodawca) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1330 z późn. zm.) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r., poz. 419 z późn. zm.).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

**Zakres wyłączenia jawności:** dane osobowe.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1330 z późn. zm.) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r. 119.1).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** osoba fizyczna.

## Wykaz wybranych skrótów

<b>AAP</b>	Amerykańska Akademia Pediatria (ang. <i>American Academy of Pediatrics</i> )
<b>AAPD</b>	Amerykańska Akademia Stomatologii Dziecięcej (ang. <i>American Academy of Pediatric Dentistry</i> )
<b>ADA</b>	Amerykańskie Stowarzyszenie Stomatologiczne (ang. <i>American Dental Association</i> )
<b>Agencja / AOTMiT</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
<b>AGREE II</b>	<i>Appraisal of Guidelines for Research &amp; Evaluation II</i>
<b>AgNO<sub>3</sub></b>	azotan srebra
<b>AmF</b>	aminofluorek
<b>AOS</b>	Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna
<b>APF</b>	fluorek sodu zakwaszony kwasem fosforowym (ang. <i>acidulated phosphate fluoride</i> )
<b>BSPD</b>	Brytyjskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (ang. <i>British Society of Paediatric Dentistry</i> )
<b>CPS</b>	Kanadyjskie Towarzystwo Pediatria (ang. <i>Canadian Paediatric Society</i> )
<b>EAPD</b>	Europejska Akademia Stomatologii Dziecięcej (ang. <i>European Academy of Paediatric Dentistry</i> )
<b>ECC</b>	próchnica wczesnego okresu dzieciństwa (ang. <i>Early Childhood Caries</i> )
<b>F</b>	fluor
<b>FDI</b>	Światowa Federacja Dentystyczna (ang. <i>World Dental Federation</i> )
<b>fTCP</b>	funkcjonalny fosforan trójwapniowy (ang. <i>functionalized tricalcium phosphate</i> )
<b>GRADE</b>	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
<b>GUS</b>	Główny Urząd Statystyczny
<b>ICD-9-CM</b>	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Dziewiąta Rewizja, Modyfikacja Kliniczna (ang. <i>ICD-9-CM International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification</i> )
<b>ICD-10</b>	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> )
<b>IDPH</b>	Departament Zdrowia Publicznego Stanu Illinois (ang. <i>Illinois Department of Public Health</i> )
<b>IOHSGI</b>	<i>Irish Oral Health Services Guideline Initiative</i>
<b>ITR</b>	tymczasowe uzupełnienia terapeutyczne (ang. <i>interim therapeutic restorations</i> )
<b>Komparator</b>	interwencja alternatywna, opcjonalna wobec interwencji ocenianej
<b>KPZ</b>	Karta Problemu Zdrowotnego (dokument zawierający elementy, o których mowa w art. 31 c ust. 2 Ustawy o świadczeniach)
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>NaF</b>	fluorek sodu
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>NICE</b>	(ang. <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> )
<b>NSW</b>	(ang. <i>Government of New South Wales</i> )
<b>OW NFZ</b>	oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
<b>pH</b>	ujemny logarytm dziesiętny z aktywności jonów wodorowych tj. ilościowa skala kwasowości i zasadowości roztworów wodnych związków chemicznych
<b>POZ</b>	Podstawowa Opieka Zdrowotna
<b>ppm</b>	liczba części na milion (ang. <i>parts per milion</i> )
<b>PTSD</b>	Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej
<b>puw</b>	wskaźnik próchnicy dla uzębienia mlecznego
<b>RACGP</b>	(ang. <i>Royal Australian College of General Practitioners</i> )

<b>RCT</b>	randomizowane kontrolowane badania kliniczne (ang. <i>randomized controlled trial</i> )
<b>SD</b>	odchylenie standardowe (ang. <i>standard deviation</i> )
<b>SDCEP</b>	Szkocki Program Efektywności Klinicznej w Stomatologii (ang. <i>Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme</i> )
<b>SnF<sub>2</sub></b>	fluorek cyny (II)
<b>Technologia</b>	technologia medyczna w rozumieniu art. 5 pkt 42 b ustawy o świadczeniach lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 21 i 28 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2023.826 tj. z dnia 28.04.2023 z późn. zm.)
<b>U.S. PSTF</b>	Grupa zadaniowa ds. usług prewencyjnych Stanów Zjednoczonych (ang. <i>United States Preventive Services Task Force</i> )
<b>Ustawa o świadczeniach</b>	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561 tj. z dnia 09.12.2022 r. z późn. zm.)
<b>WHO</b>	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i> )

## Spis treści

<b>Wykaz wybranych skrótów .....</b>	<b>3</b>
<b>Spis treści .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Podstawowe informacje o zleceniu .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Podsumowanie .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Przedmiot i historia zlecenia .....</b>	<b>9</b>
<b>4. Problem decyzyjny .....</b>	<b>11</b>
4.1. Problem zdrowotny.....	11
4.2. Oceniana technologia medyczna .....	14
4.2.1. Opis świadczenia opieki zdrowotnej .....	14
4.2.2. Wskazania, których dotyczy zlecenie .....	15
4.3. Alternatywne technologie medyczne.....	16
4.3.1. Rekomendacje i wytyczne kliniczne .....	16
4.3.2. Uzasadnienie i opis wybranych technologii alternatywnych .....	30
<b>5. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa .....</b>	<b>31</b>
5.1. Opis metodyki.....	31
5.2. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do przeglądu .....	31
<b>6. Analiza ekonomiczna .....</b>	<b>33</b>
<b>7. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia .....</b>	<b>34</b>
7.1. Aktualny stan finansowania ze środków publicznych w Polsce .....	34
7.2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia.....	38
<b>8. Opinie ekspertów i organizacji reprezentujących pacjentów .....</b>	<b>41</b>
8.1. Opinie ekspertów klinicznych .....	41
8.2. Opinie organizacji reprezentujących pacjentów .....	71
<b>9. Piśmiennictwo .....</b>	<b>72</b>
<b>10. Załączniki.....</b>	<b>76</b>
10.1. Strategie wyszukiwania publikacji .....	76
10.2. Diagram selekcji badań .....	80

## 1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTM (DD-MM-RRRR) i znak pisma zlecającego:

**04.04.2023 r., DLG.747.16.2023.TK**

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego):

**Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia**

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31 c ustawy o świadczeniach)
- usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31 e-f ustawy o świadczeniach)
- realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31 n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- leczenia szpitalnego
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- rehabilitacji leczniczej
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- leczenia stomatologicznego
- lecznictwa uzdrowiskowego
- ratownictwa medycznego
- opieki paliatywnej i hospicyjnej
- świadczeń wysokospecjalistycznych
- programów zdrowotnych

Wnioskodawca (pierwotny):

**Prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk – Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej**

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

**Nie dotyczy**

## 2. Podsumowanie

### Problem decyzyjny

Celem opracowania jest ocena zasadności wprowadzenia w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego: „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia.”.

### Problem zdrowotny

Próchnica zębów jest umiejscowionym procesem patologicznym, pochodzenia zewnątrzustrojowego, która prowadzi do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Proces rozwoju próchnicy u dzieci może przybrać dość szybki przebieg więc należy podjąć jej jak najszybsze leczenie, gdyż nieleczona może prowadzić do szeregu powikłań, w tym również stanowi jedną z przyczyn próchnicy zębów stałych.

Dzieci w wieku trzech lat mają już pełne uzębienie mleczne, możliwym zatem staje się przeprowadzenie oceny stanu uzębienia i podjęcie leczenia w przypadku stwierdzenia występowania próchnicy (zgodnie z polskimi badaniami średnio u trzyletniego dziecka próchnicą objętych jest prawie 2 zęby).

Próchnica zębów u dzieci, ze względu na częstość występowania, poważne i kosztowne następstwa spowodowane niepodjęciem leczenia i powikłaniami oraz zależność od stylu życia, jest problemem o znaczeniu społecznym i stanowi istotny element zdrowia publicznego.

### Rekomendacje i wytyczne kliniczne

Wytyczne zalecają pierwszą wizytę dziecka zaraz po wyrżnięciu się pierwszych zębów mlecznych i nie później niż do 12 miesiąca życia. Wskazują także na konieczność prowadzenia profilaktyki próchnicowej u dzieci, w tym u dzieci w 3. roku życia. Jako podstawową metodę profilaktyki próchnicowej wymienia się higienę jamy ustnej obejmującą szczotkowanie zębów dwa razy dziennie oraz fluorowanie. Dodatkowo konieczne jest dokonywanie oceny ryzyka próchnicy u dzieci, oraz późniejsza kontrola powstających zmian próchnicowych, ocena stanu zgryzu, uzębienia i jego funkcjonowania. Wytyczne wskazują także na dużą rolę edukacji zdrowotnej dzieci i ich rodziców.

### Alternatywne technologie medyczne

W wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego znaleźć można profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dzieci w 2 i 4 r.ż. W wykazie brakuje analogicznego świadczenia dla dzieci w 3 r.ż. Biorąc powyższe pod uwagę oraz zgodnie z dostępnymi rekomendacjami, wytycznymi klinicznymi i opiniami ekspertów nie ma technologii alternatywnej dla ocenianej w niniejszym opracowaniu.

### Skuteczność i bezpieczeństwo

W celu odnalezienia badań pierwotnych i wtórnych dotyczących przeprowadzenia profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia, dokonano przeszukiwania w bazach medycznych Medline (przez PubMed), Embase (przez Ovid) i Cochrane Library.

W wyniku przeprowadzonego przeglądu systematycznego odnaleziono 432 publikacje spełniające kryteria wyszukiwania. Na podstawie abstraktów stwierdzono, że kryteria włączenia do przeglądu spełnia 12 publikacji. Ostatecznie do oceny zakwalifikowano 1 pozycję.

Badanie Chen 2020 dotyczyło porównania skuteczności 25% roztworu  $\text{AgNO}_3$ , a następnie 5% lakieru NaF z fTCP (funkcjonalny fosforan trójwapniowy), ze skutecznością 25% roztworu  $\text{AgNO}_3$ , a następnie 5% lakieru NaF w zatrzymywaniu próchnicy zębiny u dzieci w wieku 3 lat, przy stosowaniu półrocznym. Autorzy publikacji wnioskują, że miejscowe stosowanie 25% roztworu  $\text{AgNO}_3$ , a następnie 5% lakieru NaF z fTCP jest bardziej skuteczne w zatrzymywaniu próchnicy zębiny w zębach mlecznych w porównaniu z zastosowaniem 25% roztworu  $\text{AgNO}_3$ , a następnie innego 5% lakieru NaF bez fTCP.

### Stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Zgodnie z przyjętą metodologią oceny, nie przeprowadzono analizy ekonomicznej. W opinii Analityków, brak jest dostępnych danych klinicznych, które umożliwiłyby przeprowadzenie wiarygodnych oszacowań.

### Wpływ na budżet płatnika publicznego

Szacowania wpływu na budżet dokonano w trzech wariantach. Wykorzystano do tego celu dane z KPZ (wariant I), dane z GUS (wariant II), dane GUS i NFZ (wariant III). Roczne wydatki płatnika publicznego w wariantcie I wyniosłyby ok. 16,4 mln zł, w wariantcie II wyniosłyby w pierwszym roku – ok. 10,0 mln zł, w drugim roku – ok. 9,3 mln zł, w trzecim roku – ok. 8,9 mln zł, natomiast w wariantcie III wyniosłyby w pierwszym roku – ok. 1,1 mln

– 1,8 mln zł, w drugim roku ok. 1,0 mln – 1,7 mln zł, w trzecim roku ok. 875 tys. – 1,5 mln zł. Najbardziej prawdopodobne wyniki wydaje się zostały uzyskane w wariacie III, gdyż wykorzystano tam malejącą strukturę populacyjną 3-latków oraz historyczną realizację świadczeń stomatologicznych dla dzieci w wieku 2 i 4 lat. Przedstawione w niniejszym opracowaniu oszacowania stanowią jedynie wartości orientacyjne, co należy brać pod uwagę podczas ich interpretacji.

### **Opinie ekspertów klinicznych**

Wszyscy eksperci stoją na stanowisku, że oceniana technologia powinna być finansowana ze środków publicznych. Wskazują, że obecnie nie ma możliwości przeprowadzenia wizyty profilaktycznej w 3. roku życia dziecka, co stanowi istotną lukę w opiece stomatologicznej. Profilaktyka stomatologiczna (w tym fluorkowa) jest najtańszą i najskuteczniejszą metodą zapobiegającą próchnicy zębów, która wcześniej wykryta i leczona obniża koszty leczenia w późniejszych latach. Eksperti zgodnie wskazują, że oceniana technologia przyczyni się do poprawy zdrowia i jakości życia.

### **Uwagi dodatkowe**

Wszystkie dzieci powinny otrzymywać standardową profilaktykę stomatologiczną odpowiednią do ich wieku. Jeśli dziecko jest narażone na zwiększone ryzyko rozwoju próchnicy, oprócz profilaktyki standardowej powinno mu się zapewnić profilaktykę rozszerzoną, a w przypadku wystąpienia próchnicy odpowiednie jej leczenie. Optymalizacja skuteczności działań profilaktycznych i leczenia jamy ustnej dzieci powinna być oparta na populacyjnych strategiach promocji higieny jamy ustnej oraz zintegrowanych działaniach poprzez utworzenie stałej relacji dziecko-rodzic-stomatolog. Powinno się zachęcać rodziców/opiekunów dzieci do jak najwcześniejszego zapisywania dziecka do dentysty oraz do odbywania regularnych wizyt w wyznaczonym czasie. W opinii Analityków, utworzenie wzajemnych zobowiązań stanowiłoby mechanizm motywacyjny do przestrzegania zaleceń i zapewnienie przeprowadzania efektywnych działań profilaktycznych. Rozwiązaniem mogłyby być mechanizmy finansowania za opiekę z monitorowaniem jej skuteczności, w tym zobligowanie rodziców do przestrzegania umówionych wizyt, a w przypadku niepoddania dziecka w wyznaczonym terminie zaleconym działaniom, skutkowałoby to zapłatą za nieodbyłą wizytą. Dentyści powinni aktywnie podnosić wiedzę dzieci i ich rodziców na temat prawidłowej higieny jamy ustnej oraz prewencji próchnicy. Powinni także uświadomić rodziców, aby kształtowali w dzieciach pozytywne skojarzenia związane z wizytami w gabinecie stomatologicznym. Rozmowy motywacyjne mogą poprawić prozdrowotne zachowania dzieci i ich rodziców. Dodatkowo mogłyby w tym pomóc materiały informacyjne i edukacyjne dedykowane dzieciom i ich rodzicom zwiększające świadomość w zakresie higieny jamy ustnej, profilaktyki i leczenia zębów.



### 3. Przedmiot i historia zlecenia

#### Problem decyzyjny

W dniu 04.04.2023 r. pismem znak DLG.747.16.2023.TK (data pisma: 31.03.2023 r.) Ministerstwo Zdrowia (MZ) przekazało Agencji zlecenie na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach dotyczące przygotowania rekomendacji odnośnie wprowadzenia do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dwóch poniższych świadczeń:

1. Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia.
2. Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. i 4. roku życia.

Jednocześnie poproszono o realizację zlecenia w terminie do dnia 30.06.2023 r.

Przedmiotem niniejszego opracowania jest realizacja pkt. 1 zlecenia tj. przygotowanie rekomendacji odnośnie wprowadzenia do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia.

#### Historia zlecenia

W dniu 20 listopada 2015 r. Agencja otrzymała Zlecenie Ministra Zdrowia (znak OZG.078.17.2015/ES), dotyczące przygotowania rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia „profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia”, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczenia stomatologicznego. Opis zawarty w przekazanej Karcie Problemu Zdrowotnego wskazywał, iż elementem tego świadczenia jest wizyta adaptacyjna, która przysługuje w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystano świadczenia wcześniej). Z kolei według Karty Problemu Zdrowotnego dla świadczenia „Wizyta adaptacyjna dziecka w 3. lub 4. roku życia” (z dnia 20 listopada 2015 r., znak OZG.078.17/2015/ES) elementem świadczenia jest także wizyta adaptacyjna, przy czym nie zawarto warunków odnośnie wykorzystania tego świadczenia wcześniej, w związku z czym pismem z dnia 21 grudnia 2015 r., znak AOTMiT-OT-430-11/KC/2015, Agencja zwróciła się do MZ z prośbą o przekazanie wyjaśnień.

Dnia 2 marca 2016 r., pismem znak OZG.078.8.2016 r., Agencja otrzymała wyjaśnienie, że przedmiotowe świadczenie jest elementem profilaktycznego świadczenia stomatologicznego, tym samym bezzasadne jest dalsze procedowanie sprawy na podstawie art. 31 c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (publicznych) (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938). Istotą sprawy jest zniesienie warunku ograniczającego możliwość udzielenia wizyty adaptacyjnej, jeżeli była wykonana wcześniej.

Zgodnie z informacją zawartą ww. piśmie dalsze procedowanie sprawy odbywało się na podstawie art. 31n ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

#### Korespondencja z MZ

Nie prowadzono korespondencji z Ministerstwem Zdrowia.

#### Korespondencja z NFZ

Dnia 12.05.2023 r. zostało wysłane pismo (znak: WS.420.7.2023.ZZW.DZ; WS.420.8.2023.ZZW.AA) do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące przedstawienia opinii dot. skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w sprawie wprowadzenia do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia oraz wizyty adaptacyjnej dziecka w 3. i 4. roku życia.

Do dnia ukończenia prac analitycznych nad raportem, do siedziby Agencji nie wpłynęła odpowiedź od Narodowego Funduszu Zdrowia.

#### Korespondencja z ekspertami

Dnia 12.05.2023 r. Agencja wystosowała 17 pism z prośbą o opinię wraz z formularzami stanowisk eksperckich w sprawie wprowadzenia do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia oraz wizyty adaptacyjnej dziecka w 3. i 4. roku życia, wraz z Deklaracją o Konflikcie Interesów. Otrzymano 12 odpowiedzi (w tym 2 odpowiedzi od Konsultantów Krajowych i 9 od Konsultantów Wojewódzkich), 1 odmowę. Na 5 pism nie otrzymano odpowiedzi.

### **Korespondencja z przedstawicielami organizacji reprezentujących pacjentów**

Nie prowadzono korespondencji z przedstawicielami organizacji reprezentujących pacjentów.

### **Spotkania z ekspertami**

Nie prowadzono spotkań z ekspertami.

### **Tryb zlecenia**

Zlecenie MZ z art 31 c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.).

Źródło: Zlecenie MZ.

## 4. Problem decyzyjny

### 4.1. Problem zdrowotny<sup>1</sup>

Rozwój uzębienia człowieka rozpoczyna się w życiu płodowym. Proces wyrzynania się pierwszych zębów mlecznych zaczyna się zwykle między 6. a 12. miesiącem życia. Jako pierwsze wyrzynają się dolne siekacze przyśrodkowe, następnie górne i kolejne zęby. Cały proces kończy się wyrżnięciem kompletu 20 zębów mlecznych w 21 – 31 miesiącu życia. Proces wyrzynania się zębów stałych odbywa się między 6. a 14. r.ż., później około 18 r.ż. wyrzynają się zęby trzonowe trzecie, tzw. zęby mądrości. W tabeli poniżej przedstawiono średnie terminy wyrzynania się poszczególnych zębów mlecznych.

**Tabela 1. Terminy wyrzynania zębów mlecznych**

Kolejność wyrzynania	Nazwa zęba	Wiek dziecka
1.	Siekacze przyśrodkowe dolne	6 – 12 miesięcy
2.	Siekacze przyśrodkowe górne	6 – 12 miesięcy
3.	Siekacze boczne górne	9 – 13 miesięcy
4.	Siekacze boczne dolne	10 – 16 miesięcy
5.	Pierwsze trzonowe górne	13 – 19 miesięcy
6.	Pierwsze trzonowe dolne	14 – 18 miesięcy
7.	Kły górne	16 – 22 miesięcy
8.	Kły dolne	17 – 23 miesięcy
9.	Drugie trzonowe dolne	25 – 33 miesięcy
10.	Drugie trzonowe górne	25 – 33 miesięcy

Źródło: [http://pediatria.mp.pl/prawidlowyrozwoj/jamaustna\\_zeby/67445,zabkowanie-rozwoj-i-wyrzynanie-zebow-mlecznych](http://pediatria.mp.pl/prawidlowyrozwoj/jamaustna_zeby/67445,zabkowanie-rozwoj-i-wyrzynanie-zebow-mlecznych) (data dostępu dnia 12.01.2017r.), AOTMiT-OT-430-19/2015

Dzieci w wieku trzech lat mają już pełne uzębienie mleczne, możliwym zatem staje się przeprowadzenie oceny stanu uzębienia pod kątem liczby zębów mlecznych, linii pośrodkowej, sposobu zwierania siekaczy, a także podjęcie pierwszych działań z zakresu ortodoncji. Możliwe jest także podjęcie leczenia w przypadku stwierdzenia występowania próchnicy.

Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym wymaga odpowiedniego podejścia zarówno ze strony dentysty, jak i rodzica. Lęk przed nowym doświadczeniem, nieznanymi procedurami oraz lęk przed bólem mogą mieć wpływ na późniejsze wizyty u dentysty i dbanie o zdrowie jamy ustnej. Dlatego niezwykle istotnym staje się przeprowadzenie wizyty adaptacyjnej dla dziecka. Podczas takiej wizyty kładzie się szczególny nacisk głównie na edukację dziecka i jego opiekunów, zapoznanie z samym gabinetem, znajdującymi się w nim urządzeniami, pracą wykonywaną przez stomatologa i pozostały personel. Preferuje się wykonywanie zabiegów mało inwazyjnych.<sup>2,3</sup>

#### Definiowanie problemu zdrowotnego

Procedury ICD-9-CM:

- 23 - Zabiegi w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła: stomatologia;
- 23.06 - Wizyta adaptacyjna - dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci;
- 23.08 - Instruktaż higieny jamy ustnej;
- 23.0101 - Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej.

<sup>1</sup> AOTMiT nr BP.434.28.2017 Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia Opracowanie w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej, 15 grudnia 2017r.

<sup>2</sup> Armfield JM, Heaton LJ, Management of fear and anxiety in a dental clinic: a review, Australian Dental Journal, 2013, 58: 390-407

<sup>3</sup> Porritt J, Marshman Z, Rodd HD, Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction; Int J Paediatr Dent, 2012, 22(6): 397-405

Zagadnienia zdrowotne związane ze zdrowiem jamy ustnej u dzieci obejmują przede wszystkim problem próchnicy. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) próchnica jest procesem patologicznym, umiejscowionym, pochodzenia zewnątrzustrojowego, prowadzącym do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Do jej rozwoju przyczynia się obecność w jamie ustnej bakterii płytki (głównie *Streptococcus mutans* i *Lactobacillus acidophilus*) rozkładających węglowodany proste do kwasów organicznych niszczących szkliwo zębów, zmniejszona produkcja śliny oraz jej funkcji, a także uwarunkowania genetyczne, schorzenia drobnoustrojowe oraz nieodpowiednie nawyki dietetyczne i higieniczne. Do czynników ochronnych zalicza się prawidłową sekrecję śliny, podaż do jamy ustnej preparatów fluorkowych i czynników antybakteryjnych, stosowanie laków szczelinowych, a także racjonalną dietę.<sup>4,5</sup>

Pierwsze zmiany próchnicowe mogą pojawiać się już w okresie niemowlęcym i nieleczone prowadzą do szeregu powikłań, w tym również stanowią jedną z przyczyn próchnicy zębów stałych. Najwcześniejszymi widocznymi przejawami rozwoju próchnicy jest pojawienie się zdemineralizowanych obszarów powierzchniowej warstwy szkliwa zębów, manifestujących się białymi plamami na powierzchni zęba lub w jego bruździe. Na tym etapie możliwe jest zatrzymanie procesu chorobowego, a nawet zmiany mogą być odwrócone. W przypadku braku remineralizacji, proces demineralizacji postępuje i konieczne staje się zastosowanie leczenia zachowawczego<sup>6,7</sup>.

### Klasyfikacja

Wyróżnia się następujące jednostki chorobowe w zakresie próchnicy zębów (ICD-10: K02):

- Próchnica ograniczona do szkliwa (K02.0);
- Próchnica zębiny (K02.1);
- Próchnica cementu (K02.2);
- Zatrzymana próchnica zębów (K02.3);
- Odontoklazja (K02.4);
- Inne postacie próchnicy zębów (K02.8);
- Próchnica zębów, nieokreślona (K02.9).

Stadia rozwoju próchnicy w zębach dziecięcych są takie same jak w uzębieniu osób dorosłych. W zależności od stopnia zaawansowania choroby wyróżnia się próchnicę początkową, powierzchowną, średnią oraz głęboką<sup>8</sup>.

U dzieci do 3. roku życia proces rozwoju próchnicy może przybrać dość szybki przebieg, dlatego też wyodrębniono jednostkę chorobową – zwaną w polskim piśmiennictwie próchnicą wczesnego okresu dzieciństwa (ang. *Early Childhood Caries* - ECC) – charakteryzującą się obecnością jednego lub więcej zębów mlecznych objętych próchnicą, zęba usuniętego z powodu próchnicy lub zęba wypełnionego u dziecka poniżej szóstego roku życia. W przypadku, gdy u dziecka w wieku 3 lat dochodzi do czterech lub więcej przypadków próchnicy, wypełnienia lub usunięcia zęba z powodu próchnicy mówi się o ostrej postaci wczesnej próchnicy u dzieci. Konsekwencją występowania próchnicy zębów mlecznych jest zwiększone ryzyko rozwoju próchnicy zębów stałych.<sup>9</sup>

### Etiologia i patogeneza

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. Ze względu na etiologię choroby próchnicowej, nie można trwale wyeliminować ryzyka jej rozwoju. Również indywidualny poziom ryzyka może ulegać zmianom w czasie. Jednymi z predysponowanych powierzchni, na których częściej i wcześniej niż na pozostałych rozwija się próchnica, są powierzchnie zgrzyzowe 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 zgrzyzowych pierwszych zębów trzonowych.<sup>10</sup>

<sup>4</sup> Pawka B., Dreher P., Herda J., Szewc I., Krasicka M., Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym, Probl Hig Epidemiol 2010, 91(1): 5-7

<sup>5</sup> Turska-Szybka, Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa i indywidualna ocena poziomu ryzyka na podstawie CAMBRA, 2011, 3: 119-127

<sup>6</sup> Bader J.D., Rozier G., Harris R., Lohr K.N., Dental Disease Prevention: The Physician's Role in Child Oral Health: Systematic Evidence Review, USA, 2004

<sup>7</sup> Olczak-Kowalczyk D, Wagner L, Zapobieganie i leczenie choroby próchnicowej u dzieci, Wyd.Borgis, Warszawa 2013, wyd. 1

<sup>8</sup> WHO, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta Tom I, Wydanie 2008, [https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi\\_56a8f5a554a18.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf) (dostęp dnia 12.01.2017r.)

<sup>9</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies, 2014

<sup>10</sup> AOTMiT-OT-430-19/2015 zakwalifikowania świadczenia „Zabezpieczenie profilaktyczne bruźd lakiem szczelinowym – za każdy ząb” jako świadczenia gwarantowanego

## Epidemiologia

Próchnica uważana jest za chorobę społeczną, stanowi powszechny problem zdrowotny związany ze zdrowiem jamy ustnej, dotyczy osób w każdym wieku i może prowadzić do wielu krótko- i długofalowych następstw. Badania epidemiologiczne prowadzone w latach 2016-2019 w ramach Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej (Ministerstwo Zdrowia) wykazały, iż u 41,1% dzieci w wieku lat 3 występują ubytki próchnicowe, wśród dzieci pięcioletnich – u 76,8%, natomiast u dzieci siedmioletnich odsetek ten wynosi 85,1%. U dziecka trzyletniego próchnicą objętych jest średnio 1,85 zęba, u dzieci pięcioletnich zmianami próchnicowymi objętych jest już średnio 4,73 zęba.<sup>11</sup> Z kolei przeprowadzone badania ankietowe w 2017 roku wykazały, iż 52,4% trzyletnich dzieci nie odbyło jeszcze swojej pierwszej wizyty u stomatologa.<sup>12</sup>

Zgodnie z danymi GUS, według stanu z dnia 31.12.2022 roku, w Polsce było 375 326 dzieci w wieku 3. lat.<sup>13</sup>

## Profilaktyka oraz leczenie

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

Rodzaj i ilość pasty stosowanej w codziennej higienie uzależniona jest od wieku dziecka. Dla dzieci w 3 roku życia zalecane jest stosowanie past do zębów o zawartości związków fluoru wynoszącej 1 000 ppm F, w ilości nie przekraczającej ziarna groszku<sup>14, 15, 16</sup>.

W przypadku leczenia próchnicy złotym standardem jest ustalenie strategii leczenia w oparciu o czynniki ryzyka. Poziom ryzyka rozwoju próchnicy określa się jako wysokie (nowe zmiany próchnicowe identyfikowane na kolejnych wizytach, zachowania zwiększające ryzyko choroby), średnie/umiarkowane (demineralizacja szkliwa w badaniu klinicznym/radiologicznym) lub niskie. W przypadku niskiego ryzyka zalecane jest stosowanie podstawowej profilaktyki fluorkowej (szczotkowanie zębów pastą z fluorem 2 razy dziennie) i lakowanie jedynie głębokich i retencyjnych bruzd, natomiast w przypadku ryzyka umiarkowanego lub wysokiego, należy zastosować wzmocnioną profilaktykę fluorkową oraz lakowanie zębów trzonowych i przedtrzonowych. Przy umiarkowanym ryzyku próchnicy u dzieci trzyletnich 2 razy w roku aplikuje się lakiery fluorkowe, w przypadku ryzyka wysokiego – 4 razy w roku. Według rekomendacji ADA (American Dental Association) u dzieci w wieku przedszkolnym, przy wysokim ryzyku lakiery powinny być stosowane co 3-6 miesięcy, czyli 2 do 4 razy rocznie<sup>17, 18, 19</sup>.

## Rokowanie

Zaniedbania stomatologiczne prowadzą do szeregu powikłań ze strony miazgi, stanów zapalnych oraz przedwczesnej utraty zębów mlecznych. W okresie dzieciństwa mogą skutkować późniejszym złym stanem zdrowia jamy ustnej w dorosłym życiu – próchnica zębów mlecznych stanowi czynnik ryzyka rozwoju zmian próchnicowych w kolejnych zębach, w tym w przyszłości zębach stałych, konieczności ekstrakcji. Przedwczesna utrata mlecznych zębów, w szczególności trzonowych może prowadzić do zmniejszenia się powierzchni łuków zębowych, co z kolei prowadzi do wyrzynania się stałych zębów trzonowych na zbyt małej powierzchni oraz konieczności późniejszego leczenia ortodontycznego.<sup>20</sup>

Poniżej przedstawiono opis problemu zdrowotnego będącego przedmiotem zlecenia według Karty Problemu Zdrowotnego, przekazanej z pismem z dnia 20 listopada 2015 r. znak pisma: OZG.078.17.2015/ES, zgodnie z opisem Wnioskującego:

<sup>11</sup> red. Olczak-Kowalczyk D., Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020, Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia populacji polskiej, Podsumowanie wyników badań z lat 2016-2019, Warszawa 2021

<sup>12</sup> red. Olczak-Kowalczyk D., Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020, Wiedza i zachowania zdrowotne a próchnica zębów u dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2016-2019, Edukacja prozdrowotna, Warszawa 2021

<sup>13</sup> GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1

<sup>14</sup> Szczepańska i wsp. 2015 (Zalecenia higieniczne w obrębie jamy ustnej dla dzieci i młodzieży, Nowa Stomatologia, 2015, 20(3): 125-130).

<sup>15</sup> Olczak-Kowalczyk D, Wagner L, Zapobieganie i leczenie choroby próchnicowej u dzieci, Wyd.Borgis, Warszawa 2013, wyd. 1.

<sup>16</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Caries-Risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents, 2022

<sup>17</sup> PTSD 2015 (Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej u dzieci i młodzieży).

<sup>18</sup> Chou 2014 (Chou R, Cantor A, Zakher B, Mitchell JP, Pappas M. Prevention of Dental Caries in Children Younger Than 5 Years Old: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 104. AHRQ Publication No. 12-05170-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014.

<sup>19</sup> Cameron AC, Widmer RP, Stomatologia dziecięca, Wyd. Medyczne Edra Urban & Partner, Wrocław 2015, wyd. 3.

<sup>20</sup> Bader J.D., Rozier G., Harris R., Lohr K.N., Dental Disease Prevention: The Physician's Role in Child Oral Health: Systematic Evidence Review, USA, 2004.



„Choroba próchnicowa w okresie uzębienia mlecznego jest powszechnym problemem zdrowotnym w Polsce. Zgodnie z wynikami badań prowadzonymi w ramach Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej, ubytki próchnicowe występują u ponad 50% dzieci trzyletnich. Odsetek ten wzrasta aż do 80% u pięcioletków. Średnio ponad 5 zębów u dziecka pięcioletniego jest objętych zmianami próchnicowymi. Skuteczność zapobiegania próchnicy wczesnego dzieciństwa zależy w dużym stopniu od poziomu świadomości prozdrowotnej rodziców małych dzieci i regularności wykonywania zabiegów profilaktycznych. Niezbędna jest więc możliwość wykonywania świadczeń profilaktycznych także u dzieci trzyletnich, znajdujących się we wczesnym okresie pełnego uzębienia mlecznego. W wieku 3 lat, tj. w okresie pełnego uzębienia mlecznego możliwa jest także ocena występowania parafunkcji i warunków zgryzowych, a także wdrożenia profilaktyki ortodontycznej.”

#### Uwagi Analityków:

- *Optymalizacja skuteczności działań profilaktycznych i leczenia jamy ustnej dzieci powinna być oparta na populacyjnych strategiach promocji higieny jamy ustnej oraz zintegrowanych w tym zakresie działaniach dziecko-rodzic-stomatolog. Powinno się zachęcać rodziców/opiekunów dzieci do jak najwcześniejszego zapisywania dziecka do dentysty oraz do odbywania regularnych wizyt w wyznaczonym czasie. Wydaje się, że celowe i skuteczne byłoby wypracowanie trwałej relacji, na zasadzie zobowiązania dwustronnego, pacjent-lekarz, na podstawie której pacjent zostałby przypisany do dentysty jako lekarza prowadzącego, który sprawowałby kompletną opiekę nad pacjentem, z drugiej strony pacjent zadeklarowałby się do odbywania regularnych wizyt w gabinecie stomatologicznym.*
- *Dentyści powinni aktywnie podnosić wiedzę dzieci i ich rodziców na temat prawidłowej higieny jamy ustnej oraz prewencji próchnicy. Powinni także uświadomić rodziców, aby kształtowali w dzieciach pozytywne skojarzenia związane z wizytami w gabinecie stomatologicznym. Rozmowy motywacyjne mogą poprawić prozdrowotne zachowania dzieci i ich rodziców. Dodatkowo mogłyby w tym pomóc materiały informacyjne i edukacyjne dedykowane dzieciom i ich rodzicom zwiększające świadomość w zakresie higieny jamy ustnej, profilaktyki i leczenia zębów. Materiały takie powinny być opracowane przez specjalistów w dziedzinie stomatologii dziecięcej i być dostępne w każdym gabinecie stomatologicznym.*
- *Wszystkie dzieci powinny otrzymywać standardową profilaktykę stomatologiczną odpowiednią do ich wieku. Jeśli dziecko jest narażone na zwiększone ryzyko rozwoju próchnicy, oprócz profilaktyki standardowej powinno mu się zapewnić profilaktykę rozszerzoną, a w przypadku wystąpienia próchnicy odpowiednio jej leczenie. W związku z tym każde dziecko powinno mieć przygotowany indywidualny plan leczenia, a każda interwencja powinna zostać udokumentowana w karcie pacjenta. Dodatkowo informacje na temat stanu jamy ustnej dzieci powinny być gromadzone i opracowywane na poziomie lokalnym i/lub krajowym, tak aby umożliwiło to ich uwzględnienie w innych zakresach zdrowia publicznego realizowanego wśród dzieci, co przełożyłoby się jednocześnie na poprawę jakości udzielanych świadczeń oraz monitorowanie efektów działań i stanu zdrowia pacjenta.*

## 4.2. Oceniana technologia medyczna

### 4.2.1. Opis świadczenia opieki zdrowotnej

Poniżej przedstawiono opis ocenianego świadczenia opieki zdrowotnej według Karty Problemu Zdrowotnego, przekazanej z pismem z dnia 20 listopada 2015 r. znak pisma: OZG.078.17.2015/ES, zgodnie z opisem Wnioskuującego:

#### **Opis proponowanego przedmiotu zlecenia:**

##### Opis świadczenia opieki zdrowotnej:

1. Wizyta adaptacyjna – przysługuje w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystano świadczenia wcześniej).
2. Kontrola higieny jamy ustnej (badanie kontrolne wraz z instruktą higieny jamy ustnej i oceną stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw dla zębów mlecznych).
3. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia oraz wyrzynania zębów obejmuje:
  - Sprawdzenie liczby zębów oraz przebiegu linii pośrodkowej;
  - Sposób zwierania siekaczy;

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

Poziom lub sposób jego finansowania:

Ze środków publicznych.

Warunki jego realizacji:

Świadczenie jest udzielane przez lekarza dentystę. Dotyczy dzieci w 3 roku życia.

**Wskazanie wpływu proponowanego rozwiązania na sytuację:**

Świadczeniobiorców:

Zapewnienie ciągłości działań profilaktycznych warunkującej ich skuteczność, kształtowanie świadomości prozdrowotnej rodziców i dzieci, adaptacja dziecka do środowiska stomatologicznego.

Świadczeniodawców:

Zwiększenie regularności wizyt dziecka w gabinecie stomatologicznym. Możliwość stosowania jedynej dopuszczalnej u dzieci poniżej szóstego roku życia, bezpiecznej i skutecznej profesjonalnej metody profilaktyki fluorkowej oraz wprowadzenie profilaktyki ortodontycznej.

**Wskazanie wstępnych skutków finansowych dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych:**

Narodowego Funduszu Zdrowia:

Koszt wizyty profilaktycznej dla dziecka w 3. roku życia podobny do kosztu wizyty profilaktycznej dla dziecka w 4. roku życia. Prognozowana maksymalna liczba wizyt: około 170 tys.

Zgodnie z danymi GUS z 2014 r. liczba dzieci w wieku 3-6 w Polsce wynosi 1676,5 tysięcy (przybliżona liczba 3-latków – 420 tys.). Według danych GUS z 2009 r. z porad stomatologicznych dentystę odwiedziło 27,4% dzieci w wieku 2-4 lat (więcej odpowiednio o 5,4 pkt. proc. i 4,4 pkt. proc. w porównaniu z 2004 r.). W związku z wprowadzeniem książeczki zdrowia dziecka odsetek ten prawdopodobnie wzrośnie.

Ze świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych korzysta 40% ogólnej populacji (GUS 2014 r.). Zakładając wzrost odsetka dzieci korzystających z porad stomatologicznych do 100% (ok. 420 tys. dzieci) ze świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych skorzysta około 40% - około 168 tys.

Ministra Zdrowia (budżetu państwa):

Brak.

**Skutek prawny:**

Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

#### 4.2.2. Wskazania, których dotyczy zlecenie

Zgodnie z przekazaną, pismem z dnia 20 listopada 2015 r. znak pisma: OZG.078.17.2015/ES, Kartą Problemu Zdrowotnego, świadczenie „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3 roku życia” podlega ocenie we wskazaniach:

- rozwiązań obowiązujących obecnie w zakresie wskazanego przedmiotu zlecenia i problemu zdrowotnego (np. obecna standardowa terapia) oraz
- możliwości zastosowania innych rozwiązań w stosunku do rozwiązania zaproponowanego (np. terapie alternatywne).

Obecnie dzieciom w 3. roku życia nie przysługują świadczenia profilaktyczne, z wyjątkiem zabiegów profilaktycznych realizowanych w ramach świadczeń ogólnoustrojowych dla dzieci i młodzieży, nie uwzględniających profesjonalnej profilaktyki fluorkowej w okresie uzębienia mlecznego.

## 4.3. Alternatywne technologie medyczne

### 4.3.1. Rekomendacje i wytyczne kliniczne

W dniach 11-12.04.2023 r. przeszukano strony polskich, zagranicznych i międzynarodowych towarzystw naukowych, organizacji i instytucji w celu odnalezienia aktualnych rekomendacji i wytycznych praktyki klinicznej dotyczących profilaktyki stomatologicznej u dzieci.

Dla potrzeb opracowania uwzględniono przegląd następujących stron internetowych towarzystw związanych z rekomendacjami klinicznymi, zgodnie z wykazem internetowych źródeł informacji:

- Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej, PTSD (<https://ptsd.net.pl/>);
- European Academy of Paediatric Dentistry, EAPD (<https://www.eapd.eu/>);
- American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD (<https://www.aapd.org/>);
- British Society of Paediatric Dentistry, BSPD (<https://www.bspd.co.uk/>);
- Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme, SDCEP (<https://www.sdcep.org.uk/>).

Dodatkowo przeprowadzono wyszukiwanie wolnotekstowe w ogólnodostępnej wyszukiwarce internetowej (<https://www.google.com>) za pomocą odpowiednich słów kluczowych: *pediatric dentistry, recommendation, guidelines*.

Jakość wytycznych oceniono za pomocą narzędzia oceny jakości AGREE II w zakresie poprawności metodyki opracowania poszczególnych dokumentów wg Domeny 3 (D3). Podsumowanie najważniejszych odnalezionych wytycznych dotyczących profilaktyki stomatologicznej u dzieci przedstawiono w Tabeli 2.

Dodatkowo dokonano aktualizacji wytycznych opracowanych na potrzeby raportu BP.434.28.2017 „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia” z 2017 r. Aktualizację tych wytycznych zawiera Tabela 3.

Tabela 2. Przegląd wytycznych praktyki klinicznej w zakresie profilaktyki stomatologicznej u dzieci

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
<p><b>Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (PTSD a)<sup>21</sup>, Polska, 2017</b> AGREE II D3: 31,3%</p>	<p>Pierwsza wizyta z dzieckiem u stomatologa powinna się odbyć według standardów światowych 6 miesięcy po wyrżnięciu pierwszego zęba mlecznego, ale nie później niż w 12. miesiącu życia. Celem takiej wizyty jest analiza czynników ryzyka zachorowania dziecka na próchnicę oraz ustalenie planu postępowania profilaktyczno-leczniczego. Dlatego ginekolodzy, zwłaszcza podczas badania kobiety w III trymestrze ciąży powinni jej zwrócić uwagę na konieczność odwiedzenia stomatologa z dzieckiem w ciągu kilku miesięcy po jego urodzeniu. Podobnie pediatry w czasie okresowych badań niemowlęcia, oprócz zainteresowania się też jamą ustną dziecka, powinni również zachęcić rodzica do wizyty z nim u stomatologa dziecięcego, jako rutynowego badania w ramach kompleksowej opieki nad dzieckiem. Wtedy stomatolog właściwie ukierunkuje matkę jak postępować i jak często się zgłaszać, aby zapobiec wystąpieniu próchnicy.</p>
<p><b>European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD b)<sup>22</sup>, Europa, 2008</b> AGREE II D3: 30,2%</p>	<p><b>Ocena stanu zdrowia jamy ustnej wraz z poradnictwem podczas regularnych wizyt w pierwszym roku życia to ważna strategia zapobiegania próchnicy we wczesnym dzieciństwie (stopień C).</b></p> <p>Komentarz: Istnieją dowody sugerujące, że potencjalnie skuteczne interwencje powinny mieć miejsce w pierwszych 2 latach życia dziecka. Istnieje niewiele dowodów na to, że poradnictwo dla rodziców w zakresie diety i higieny jamy ustnej skutkuje mniejszą próchnicą, ale indywidualne informacje przekazywane przy fotelu pacjenta wydają się być bardziej skuteczne niż kampanie społeczne i tradycyjna edukacja zdrowotna. Wykazano, że w populacjach o niskich dochodach, imigrantach i populacjach o wysokiej próchnicy działania informacyjne i interaktywne porady, takie jak wizyty domowe i wywiady motywacyjne, zmniejszają częstość występowania próchnicy we wczesnym dzieciństwie.</p> <p><b>Stopnie rekomendacji</b></p> <p>Do klasyfikacji zaleceń klinicznych dotyczących różnych środków zapobiegawczych zastosowano klasyfikację A-D sugerowaną przez The Scottish Intercollegiate Guidelines Network:</p> <p>A = Co najmniej jedna metaanaliza, systematyczny przegląd RCT lub RCT ocenione jako bardzo niskie ryzyko błędów i bezpośrednio odnoszące się do populacji docelowej; Lub Zbiór dowodów składający się z RCT ocenionych z niskim ryzykiem błędów, bezpośrednio odnoszący się do populacji docelowej i wykazujący ogólną spójność wyników.</p> <p>B = zbiór dowodów, w tym wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub badania kohortowe o bardzo niskim ryzyku pomyłki lub błędów systematycznego, bezpośrednio odnoszące się do populacji docelowej i wykazujące</p>

<sup>21</sup> Szczepańska J., i współpr., Zalecenia w zakresie higieny jamy ustnej dla dzieci i młodzieży w kolejnych grupach wiekowych, [https://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2017/05/Zalecenia\\_w\\_zakresie\\_higieny\\_jamy\\_ustnej\\_dla\\_dzieci\\_i\\_mlodziemy\\_w\\_kolejnych\\_grupach\\_wiekowych.pdf](https://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2017/05/Zalecenia_w_zakresie_higieny_jamy_ustnej_dla_dzieci_i_mlodziemy_w_kolejnych_grupach_wiekowych.pdf) [data dostępu: 11.04.2023]

<sup>22</sup> European Academy of Paediatric Dentistry, Guidelines on Prevention of Early Childhood Caries: An EAPD Policy Document, 2008, [https://www.eapd.eu/uploads/1722F50D\\_file.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/1722F50D_file.pdf) [data dostępu: 11.04.2023]



Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje																											
	<p>ogólną spójność wyników; lub Ekstrapolowane dowody z RCT o bardzo niskim lub wysokim ryzyku błędu systematycznego.</p> <p>C = zbiór dowodów, w tym dobrze przeprowadzone badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe, mające bezpośrednio zastosowanie w populacji docelowej i wykazujące ogólną spójność wyników; lub Dowody ekstrapolowane z wysokiej jakości badań kliniczno-kontrolnych lub kohortowych o bardzo niskim ryzyku pomyłki lub błędu systematycznego.</p> <p>D = Dowody z badań nieanalitycznych (opisy przypadków, serie przypadków) i opinie ekspertów; lub Dowody ekstrapolowane z kontroli przypadków w badaniach kohortowych z wysokim ryzykiem pomyłki lub błędu systematycznego.</p> <p>Stopień rekomendacji odnosi się do siły dowodów, na których opiera się zalecenie i nie odzwierciedla klinicznego znaczenia zalecenia. Należy podkreślić, że brak dowodów z pewnością nie jest równoznaczny z brakiem efektu.</p>																											
<p><b>European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD c)<sup>23</sup>, Europa, 2016</b></p> <p>AGREE II D3: 36,5%</p>	<p>Wybór odpowiedniego odstępu pomiędzy kolejnymi wizytami dla każdego pacjenta jest decyzją opartą na wielu czynnikach. Aby pomóc klinicyście w podjęciu decyzji, w Wytycznych EAPD wprowadzono Plan diagnostyczny oparty na wieku zębowym każdego dziecka, który zawiera zalecaną minimalną liczbę wizyt w celu uzyskania optymalnych warunków do postawienia diagnozy, jak wcześnie możliwe. Na podstawie oceny ryzyka próchnicy każdego dziecka, każdy klinicysta będzie mógł zdecydować, czy pacjent wymaga dodatkowych wizyt i leczenia pomiędzy wizytami. Poziom dowodów: Umiarkowany/ Siła zalecenia: Warunkowa.</p> <p><b>Plan diagnostyczny: zalecana minimalna liczba wizyt kontrolnych w przypadku próchnicy w zależności od wieku zębowego pacjenta</b></p> <table border="1" data-bbox="411 772 1444 1906"> <thead> <tr> <th data-bbox="411 772 614 801">Wizyta</th> <th data-bbox="614 772 842 801">Czas wizyty</th> <th data-bbox="842 772 1444 801">Uwagi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="411 801 614 1164">Pierwsza konsultacja</td> <td data-bbox="614 801 842 1164"></td> <td data-bbox="842 801 1444 1164"> <p>Najlepiej przed porodem:                      Profilaktykę rozpoczyna się w okresie prenatalnym i okołoporodowym.                      Należy poinformować matki, że rozwój zębów rozpoczyna się w czasie ciąży i że wszelkie zaburzenia w ich stanie zdrowia mogą mieć wpływ na kształtowanie się zębów mlecznych, ale także stałych (choroby ogólnoustrojowe, leki, niedożywienie itp.).                      Rodziców należy poinformować, że ich własne nawyki dotyczące higieny jamy ustnej będą miały wpływ na zdrowie jamy ustnej ich dziecka.                      Etiologia próchnicy wczesnodziecięcej jest głównie bakteryjna, a <i>Streptococcus mutans</i> przenoszone są na dziecko głównie od rodziców poprzez kontakt ze śliną (karmienie, całowanie w usta itp.).</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1164 614 1288"></td> <td data-bbox="614 1164 842 1288">Wraz z wyrzynaniem się pierwszego zęba (NIE później niż w pierwszym roku życia)</td> <td data-bbox="842 1164 1444 1288">Po urodzeniu: Zorganizowany program profilaktyczny, porady dotyczące odżywiania, nawyków żywieniowych i higieny jamy ustnej, nawyków szczotkowania, stosowania fluoru itp.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1288 614 1361">Druga konsultacja</td> <td data-bbox="614 1288 842 1361">Wraz z wyrzynaniem się pierwszych zębów trzonowych</td> <td data-bbox="842 1288 1444 1361">11-18 miesiąc</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1361 614 1435">Trzecia konsultacja</td> <td data-bbox="614 1361 842 1435">Wraz z wyrzynaniem się drugich zębów trzonowych</td> <td data-bbox="842 1361 1444 1435">20-30 miesiąc</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1435 614 1559">Pierwsze badanie kliniczne</td> <td data-bbox="614 1435 842 1559">Gdy tylko dojdzie do mocnego bliższego kontaktu pierwszego i drugiego trzonowca mlecznego</td> <td data-bbox="842 1435 1444 1559">36 miesiąc</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1559 614 1682">Drugie badanie kliniczne</td> <td data-bbox="614 1559 842 1682">18 miesięcy po czwartej wizycie</td> <td data-bbox="842 1559 1444 1682">4,5 roku Zalecana 18-miesięczna przerwa opiera się na wiedzy, że potrzeba około 18 miesięcy w uzębieniu mlecznym, aby ubytek próchnicowy rozwinął się i przeszedł przez szkliwo i powierzchnie zagrożone.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1682 614 1783">Trzecie badanie kliniczne</td> <td data-bbox="614 1682 842 1783">Wraz z wyrzynaniem się pierwszych stałych zębów trzonowych</td> <td data-bbox="842 1682 1444 1783">Trochę przed 6 rokiem życia</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1783 614 1906">Czwarte badanie kliniczne</td> <td data-bbox="614 1783 842 1906">18 miesięcy po mocnym bliższym kontakcie drugich zębów trzonowych mlecznych</td> <td data-bbox="842 1783 1444 1906">Zalecana 18-miesięczna przerwa opiera się na wiedzy, że potrzeba około 18 miesięcy w uzębieniu mlecznym, aby ubytek próchnicowy rozwinął się i przeszedł przez szkliwo i powierzchnie zagrożone.</td> </tr> </tbody> </table>	Wizyta	Czas wizyty	Uwagi	Pierwsza konsultacja		<p>Najlepiej przed porodem:                      Profilaktykę rozpoczyna się w okresie prenatalnym i okołoporodowym.                      Należy poinformować matki, że rozwój zębów rozpoczyna się w czasie ciąży i że wszelkie zaburzenia w ich stanie zdrowia mogą mieć wpływ na kształtowanie się zębów mlecznych, ale także stałych (choroby ogólnoustrojowe, leki, niedożywienie itp.).                      Rodziców należy poinformować, że ich własne nawyki dotyczące higieny jamy ustnej będą miały wpływ na zdrowie jamy ustnej ich dziecka.                      Etiologia próchnicy wczesnodziecięcej jest głównie bakteryjna, a <i>Streptococcus mutans</i> przenoszone są na dziecko głównie od rodziców poprzez kontakt ze śliną (karmienie, całowanie w usta itp.).</p>		Wraz z wyrzynaniem się pierwszego zęba (NIE później niż w pierwszym roku życia)	Po urodzeniu: Zorganizowany program profilaktyczny, porady dotyczące odżywiania, nawyków żywieniowych i higieny jamy ustnej, nawyków szczotkowania, stosowania fluoru itp.	Druga konsultacja	Wraz z wyrzynaniem się pierwszych zębów trzonowych	11-18 miesiąc	Trzecia konsultacja	Wraz z wyrzynaniem się drugich zębów trzonowych	20-30 miesiąc	Pierwsze badanie kliniczne	Gdy tylko dojdzie do mocnego bliższego kontaktu pierwszego i drugiego trzonowca mlecznego	36 miesiąc	Drugie badanie kliniczne	18 miesięcy po czwartej wizycie	4,5 roku Zalecana 18-miesięczna przerwa opiera się na wiedzy, że potrzeba około 18 miesięcy w uzębieniu mlecznym, aby ubytek próchnicowy rozwinął się i przeszedł przez szkliwo i powierzchnie zagrożone.	Trzecie badanie kliniczne	Wraz z wyrzynaniem się pierwszych stałych zębów trzonowych	Trochę przed 6 rokiem życia	Czwarte badanie kliniczne	18 miesięcy po mocnym bliższym kontakcie drugich zębów trzonowych mlecznych	Zalecana 18-miesięczna przerwa opiera się na wiedzy, że potrzeba około 18 miesięcy w uzębieniu mlecznym, aby ubytek próchnicowy rozwinął się i przeszedł przez szkliwo i powierzchnie zagrożone.
Wizyta	Czas wizyty	Uwagi																										
Pierwsza konsultacja		<p>Najlepiej przed porodem:                      Profilaktykę rozpoczyna się w okresie prenatalnym i okołoporodowym.                      Należy poinformować matki, że rozwój zębów rozpoczyna się w czasie ciąży i że wszelkie zaburzenia w ich stanie zdrowia mogą mieć wpływ na kształtowanie się zębów mlecznych, ale także stałych (choroby ogólnoustrojowe, leki, niedożywienie itp.).                      Rodziców należy poinformować, że ich własne nawyki dotyczące higieny jamy ustnej będą miały wpływ na zdrowie jamy ustnej ich dziecka.                      Etiologia próchnicy wczesnodziecięcej jest głównie bakteryjna, a <i>Streptococcus mutans</i> przenoszone są na dziecko głównie od rodziców poprzez kontakt ze śliną (karmienie, całowanie w usta itp.).</p>																										
	Wraz z wyrzynaniem się pierwszego zęba (NIE później niż w pierwszym roku życia)	Po urodzeniu: Zorganizowany program profilaktyczny, porady dotyczące odżywiania, nawyków żywieniowych i higieny jamy ustnej, nawyków szczotkowania, stosowania fluoru itp.																										
Druga konsultacja	Wraz z wyrzynaniem się pierwszych zębów trzonowych	11-18 miesiąc																										
Trzecia konsultacja	Wraz z wyrzynaniem się drugich zębów trzonowych	20-30 miesiąc																										
Pierwsze badanie kliniczne	Gdy tylko dojdzie do mocnego bliższego kontaktu pierwszego i drugiego trzonowca mlecznego	36 miesiąc																										
Drugie badanie kliniczne	18 miesięcy po czwartej wizycie	4,5 roku Zalecana 18-miesięczna przerwa opiera się na wiedzy, że potrzeba około 18 miesięcy w uzębieniu mlecznym, aby ubytek próchnicowy rozwinął się i przeszedł przez szkliwo i powierzchnie zagrożone.																										
Trzecie badanie kliniczne	Wraz z wyrzynaniem się pierwszych stałych zębów trzonowych	Trochę przed 6 rokiem życia																										
Czwarte badanie kliniczne	18 miesięcy po mocnym bliższym kontakcie drugich zębów trzonowych mlecznych	Zalecana 18-miesięczna przerwa opiera się na wiedzy, że potrzeba około 18 miesięcy w uzębieniu mlecznym, aby ubytek próchnicowy rozwinął się i przeszedł przez szkliwo i powierzchnie zagrożone.																										

<sup>23</sup> European Academy of Paediatric Dentistry, Best clinical practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document, 2016, [https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD\\_ECC\\_Management\\_2016.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD_ECC_Management_2016.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.] [data dostępu: 11.04.2023]

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje		
		i pierwszych zębów trzonowych stałych	
Piąte badanie kliniczne		Wraz z wyrzynaniem się drugich stałych zębów trzonowych	10-12 lat
Szóste badanie kliniczne		18 miesięcy po mocnym kontakcie proksymalnym pierwszego i drugiego stałego trzonowca	Zalecana 18-miesięczna przerwa opiera się na wiedzy, że w zębach stałych potrzeba średnio około 4 lat, aby ubytek próchnicowy rozwinął się i przeszedł przez szkliwo i powierzchniowo narażone.
Klinicysta będzie mógł w razie potrzeby dostosować zmiany i zdecydować, czy pacjent wymaga dodatkowych wizyt i postępowania na każdej wizycie			
<b>Ocena jakości dowodów i poziom zaleceń według propozycji GRADE</b>			
<b>Kod</b>	<b>Jakość dowodów</b>	<b>Definicja</b>	
A	Wysoka	Jest bardzo mało prawdopodobne, aby dalsze badania zmieniły nasze zaufanie do oszacowanego efektu Kilka wysokiej jakości badań ze spójnymi wynikami W szczególnych przypadkach jedno duże, wielośrodkowe badanie wysokiej jakości	
B	Umiarkowana	Dalsze badania prawdopodobnie będą miały istotny wpływ na nasze zaufanie do oszacowanego efektu i mogą zmienić jego oszacowanie Jedno badanie wysokiej jakości Kilka badań z pewnymi ograniczeniami	
C	Niska	Jest bardzo prawdopodobne, że dalsze badania będą miały istotny wpływ na nasze zaufanie do oszacowanego efektu i prawdopodobnie zmienią jego oszacowanie Jedno lub więcej badań z poważnymi ograniczeniami	
D	Bardzo niska	Jakiegokolwiek oszacowanie efektu jest bardzo niepewne Opinia eksperta Brak bezpośrednich dowodów naukowych Jedno lub więcej badań z bardzo poważnymi ograniczeniami	
Poziom rekomendacji		System GRADE oferuje dwa stopnie rekomendacji: „mocne” i „warunkowe”. Kiedy pożądane efekty interwencji wyraźnie przeważają nad skutkami niepożądanymi lub wyraźnie ich nie mają, panele wytycznych przedstawiają mocne zalecenia. Jednak gdy równowaga między pożądanymi a niepożądanymi jest mniej pewna z powodu niskiej jakości dowodów lub ponieważ dowody sugerują, że pożądane i niepożądane skutki są równomiernie zrównoważone, zalecenia warunkowe stają się obowiązkowe	
<p><b>American Academy of Pediatric Dentistry, (AAPD g)<sup>24</sup>, USA, 2022</b> AGREE II D3: 34,0%</p>	<p>Pierwsze badanie zaleca się w momencie wyrzynania się pierwszego zęba i nie później niż do 12 miesiąca życia. Rozwijające się uzębienie i zgryz powinny być monitorowane przez cały okres wyrzynania się podczas regularnych badań. Oparta na dowodach profilaktyka oraz wczesne wykrywanie i leczenie próchnicy/chorób jamy ustnej może poprawić stan zdrowia jamy ustnej i ogólny stan dziecka, jego samopoczucie i gotowość do nauki w szkole.</p> <p><u>Elementy kompleksowego badania obejmują:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ogólna ocena stanu zdrowia/wzrostu (np. wzrost, waga, obliczanie BMI, parametry życiowe);</li> <li>• ocena bólu;</li> <li>• zewnątrzustne badanie tkanek miękkich;</li> <li>• ocena stawu skroniowo-żuchwowego;</li> <li>• badanie wewnątrzustne tkanek miękkich;</li> <li>• higiena jamy ustnej i ocena ryzyka chorób przyzębia;</li> <li>• badanie wewnątrzustne tkanek twardych;</li> <li>• ocena rozwijającej się okluzji;</li> <li>• ocena radiograficzna, jeśli jest wskazana;</li> <li>• ocena ryzyka próchnicy;</li> </ul> <p>ocena zdolności do współpracy/zachowania dziecka.</p> <p><b>Zalecenia według wieku – grupa wiekowa od 2. do 6. roku życia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zabiegi należy powtarzać przez okres od 12 do 24 miesięcy co pół roku lub zgodnie z indywidualnymi potrzebami dziecka lub stanem zagrożenia/podatnością na choroby, w tym choroby przyzębia. Zapewnienie odpowiednich do wieku instrukcji higieny jamy ustnej.</li> <li>2. Ocena diety i wskaźnika masy ciała, aby zidentyfikować wzorce zwiększające ryzyko próchnicy lub otyłości u pacjentów. Zapewnienie porady lub odpowiedniego skierowania do specjalisty pediatry lub dietetyka, zgodnie ze wskazaniami.</li> </ol>		

<sup>24</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents, 2022, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_periodicity.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_periodicity.pdf) [data dostępu: 11.04.2023]

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Skaling i czyszczenie zębów co pół roku lub według indywidualnych potrzeb pacjenta.</li> <li>4. Zastosowanie uszczelniaczy szczelinowych dla wrażliwych na próchnicę przednich i bocznych zębów mlecznych i stałych.</li> <li>5. W razie potrzeby zapewnienie doradztwa i usług (np. ochraniacze na zęby) w celu zapobiegania urazom ustno-twarzowym.</li> <li>6. Ocena rozwijającego się uzębienia i zgryzu oraz zapewnienie oceny/leczenia lub skierowania wady zgryzu zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta.</li> <li>7. Zapewnienie wymaganego leczenia lub odpowiedniego skierowania na wszelkie choroby jamy ustnej, nawyki lub urazy, zgodnie ze wskazaniami.</li> <li>8. Ocena rozwoju mowy i języka i zapewnienie odpowiedniego skierowania zgodnie ze wskazaniami.</li> </ol>
<p><b>Illinois Department of Public Health, (IDPH)<sup>25</sup>, USA</b> AGREE II D3: 5,0%</p>	<p><b>Wytyczne dotyczące higieny jamy ustnej dla lekarzy pediatrów</b></p> <p>Pierwsza wizyta u dentysty powinna odbyć się w ciągu sześciu miesięcy od wyrzynania się pierwszego zęba lub do ukończenia 1 roku życia, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.</p> <p>W przypadku dzieci poniżej 3 roku życia, rozważ przeprowadzenie szybkiego badania jamy ustnej w pozycji „od kolan do kolan”, aby sprawdzić, czy na zębach nie ma białych plamek lub widocznych odwapnień, czy nie ma widocznej próchnicy (ciemnych lub przebarwionych powierzchni zębów lub brakujących struktur zęba), czy nie ma wypełnień, czy nie gromadzi się płytka nazębna i czy nie ma zapalenia dziąseł (spuchnięte lub krwawiące dziąsła).</p> <p><i>*pozycja w której dziecko siedzi na kolanach rodzica i opiera się plecami o kolana stomatologa w trakcie badania</i></p>
<p><b>Government of Dubai<sup>26</sup> Dubaj 2021</b> AGREE II D3: 19,0%</p>	<p><b>Zalecenie: zarządzanie ECC (ang. early childhood caries)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Próchnica zębów jest chorobą, której na ogół można zapobiegać. Wczesna ocena ryzyka pozwala na identyfikację grup rodzic-dziecko, które są zagrożone ECC i odniosłyby korzyści z wczesnej interwencji profilaktycznej. Ostatecznym celem wczesnej oceny jest dostarczenie na czas informacji edukacyjnych do populacji o wysokim ryzyku rozwoju próchnicy, aby zapobiec konieczności późniejszej interwencji chirurgicznej.</li> </ul> <p><b>Zalecenie: ocena ryzyka próchnicy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omówienie najczęstszych wskazań.</li> <li>• Ocena ryzyka próchnicy to określenie prawdopodobieństwa wystąpienia próchnicy (tj. liczby nowych zmian ubytkowych lub początkowych) w określonym czasie lub prawdopodobieństwa zmiany wielkości lub aktywności zmian już obecnych.</li> <li>• Dzięki możliwości wykrywania próchnicy w jej najwcześniejszych stadiach (tj. zmian w postaci białych plamek), specjaliści z zakresu opieki zdrowotnej mogą pomóc w zapobieganiu kavitacji.</li> <li>• Modele oceny ryzyka próchnicy obejmują obecnie kombinację czynników, takich jak dieta, narażenie na fluorki, podatny gospodarz i mikroflora, które współgrają z różnymi czynnikami społecznymi, kulturowymi i behawioralnymi.</li> <li>• Narzędzia oceny ryzyka mogą pomóc w identyfikacji wiarygodnych czynników prognostycznych i umożliwić lekarzom dentystom, lekarzom i innym podmiotom świadczącym usługi zdrowotne niezwiązane ze stomatologią bardziej aktywne zaangażowanie w identyfikację i kierowanie dzieci z grupy wysokiego ryzyka.</li> </ul> <p>Oznaczenie kółkiem tych warunków, które dotyczą konkretnego pacjenta, pomaga pracownikowi opieki zdrowotnej i rodzicowi zrozumieć czynniki, które przyczyniają się do rozwoju próchnicy lub chronią przed nią. Kategoryzacja oceny ryzyka jako niskie lub wysokie opiera się na przewadze czynników dla danej osoby. Ocena kliniczna może jednak uzasadniać wykorzystanie jednego czynnika (np. częste spożywanie przekąsek lub napojów zawierających cukier, widoczne ubytki) w określeniu ogólnego ryzyka. Ogólna ocena ryzyka próchnicy u dziecka jest zaznaczona poniżej jako Wysoka lub Niska.</p>
<p><b>Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme, (SDCEP)<sup>27</sup>, 2018</b> AGREE II D3: 73,0%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zachęcanie rodziców/opiekunów do jak najwcześniejszego zapisywania dziecka do dentysty, przed lub zaraz po pojawieniu się pierwszego zęba oraz do regularnych wizyt.</li> <li>• Należy upewnić się, że wszystkie dzieci otrzymują standardową profilaktykę odpowiednią do ich wieku.</li> <li>• Jeśli dziecko jest narażone na zwiększone ryzyko rozwoju próchnicy, oprócz profilaktyki standardowej należy zapewnić mu profilaktykę rozszerzoną, chyba że istnieje powód, aby tego nie robić. W takim przypadku należy upewnić się, że zostało to udokumentowane w karcie pacjenta.</li> <li>• Udzielając porad zapobiegawczych, upewnij się, że w dyskusji bierze udział zarówno dziecko, jak i rodzic/opiekun.</li> </ul>

<sup>25</sup>Oral health policy and practice guidelines for pediatric health care providers, [https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/publications/idph/topics-and-services/prevention-wellness/oral-health/maternal-and-child-oral-health-programs/oral-health-in-illinois/Oral-Health-in-Illinois-Guidelines-for-Pediatric-Health-Care-Providers\\_Nov.17.2021.pdf](https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/publications/idph/topics-and-services/prevention-wellness/oral-health/maternal-and-child-oral-health-programs/oral-health-in-illinois/Oral-Health-in-Illinois-Guidelines-for-Pediatric-Health-Care-Providers_Nov.17.2021.pdf) [data dostępu: 12.04.2023]

<sup>26</sup> Government of Dubai, Guidelines for Pediatric Dentistry Version 1; 2021 <https://www.dha.gov.ae/uploads/112021/920f034a-bf39-4197-8000-8bb0b2fb5cd4.pdf> [data dostępu: 12.04.2023]

<sup>27</sup> Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme, Prevention and Management of Dental Caries in Children, Second Edition, 2018 <https://www.sdcep.org.uk/media/2zbrkrdq/sdcep-prevention-and-management-of-dental-carries-in-children-2nd-edition.pdf> [data dostępu: 12.04.2023]

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Po ustąpieniu bólu, przed leczeniem zębów mlecznych należy wykonać zabiegi profilaktyczne dla zębów stałych (np. uszczelnienie bruzd na pierwszych stałych zębach trzonowych przed leczeniem próchnicowych zębów mlecznych).</li> </ul> <p><u>Standardowa profilaktyka dla wszystkich dzieci – lakowanie bruzd</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Należy umieścić uszczelniacze we wszystkich zagłębieniach i szczelinach stałych zębów trzonowych, jak najszybciej po wyrżnięciu.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uszczelniacze na bazie żywicy są materiałem pierwszego wyboru.</li> <li>○ Zapewnić uszczelnienie dołów policzkowych pierwszych dolnych stałych zębów trzonowych oraz szczelin podniebiennych pierwszych górnych stałych zębów trzonowych.</li> <li>○ Jeśli dziecko nie chce współpracować, należy na w pełni wyrżniętych zębach zastosować glasonomerowe uszczelnienie bruzd i zapewnić optymalną aplikację lakieru z fluorem.</li> </ul> </li> <li>• Należy sprawdzać istniejące uszczelnienia pod kątem zużycia i integralności/wycieków podczas każdej wizyty.</li> <li>• Należy „uzupełnić” zużyte lub uszkodzone uszczelniacze.</li> </ul> <p><u>Wzmocniona profilaktyka dla dzieci ze zwiększonym ryzykiem próchnicy – lakowanie bruzd</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Należy zapewnić standardową profilaktykę.</li> <li>• Jeśli nie można zapewnić lakowania bruzd (np. ze względu na to, że dziecko nie współpracuje lub ma trudności w uczeniu się), należy upewnić się, że aplikacja lakieru z fluorem jest optymalna i spróbować ponownie, gdy współpraca się poprawi.</li> <li>• Należy rozważyć użycie glasonomeru jako tymczasowego uszczelniacza na częściowo wyrżniętych pierwszych i drugich stałych zębach, aż do całkowitego wyrżnięcia zęba.</li> </ul> <p><u>Standardowa profilaktyka dla wszystkich dzieci – fluorowanie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dzieciom w wieku 2 lat i starszym, należy nakładać lakier zawierający fluorek sodu (5%) dwa razy w roku.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dziecko może dodatkowo otrzymać dwa razy w roku lakier zawierający fluor (np. w przedszkolu lub szkole) – dopuszczalne jest lakierowanie cztery razy w ciągu roku.</li> <li>○ Jeśli widoczne są pozostałości lakieru lub dziecko miało nakładany lakier w ciągu ostatnich 24 godzin, należy przełożyć lakierowanie na kolejną wizytę.</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Wzmocniona profilaktyka dla dzieci ze zwiększonym ryzykiem próchnicy – fluorowanie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Upewnij się, że lakier z fluorkiem sodu jest nakładany cztery razy w roku u dzieci powyżej 2 roku życia.</li> <li>• Szczególnie ważne jest, aby aplikacja lakieru fluorkowego była optymalna, kiedy nie jest możliwe wykonanie lakowania bruzd.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>World Health Organization, (WHO)<sup>28</sup>, 2019</b></p> <p style="text-align: center;">AGREE II D3: 33,0%</p>	<p>Ponieważ zmiany próchnicowe postępują szybciej w uzębieniu mlecznym niż w zębach stałych, wczesne wykrycie zmian próchnicowych jest kluczowe w zarządzaniu ECC i zapobieganiu niekorzystnym problemom związanym z jego występowaniem; jest ono również prawdopodobnie bezbolesne i mniej kosztowne. Szczególnie w przypadku dzieci poniżej szóstego roku życia, główni opiekunowie wspomagani przez pracowników służby zdrowia są ważnym punktem wyjścia do wykrycia wczesnych zmian próchnicowych. Pracownik służby zdrowia jamy ustnej (dentysta, terapeuta lub pielęgniarzka stomatologiczna, higienistka stomatologiczna) będzie w stanie zdiagnozować ECC zgodnie z kryteriami klinicznymi WHO. Ponadto należy uważnie wykrywać podejrzone zmiany w postaci białych plamek, które mogą wskazywać na wczesny proces próchnicowy w zębach. Zespoły podstawowej opieki zdrowotnej, jeśli są odpowiednio przeszkolone, również mogą wykrywać wczesne zmiany próchnicowe.</p> <p>Działania: Włączenie badań kontrolnych dotyczących zdrowia jamy ustnej do podstawowej opieki zdrowotnej, w tym interwencji zdrowotnych w społeczności lokalnej, aby zachęcić do wczesnego rozpoznawania ECC.</p> <p>Uzasadnienie: Dzieci mogą być zgłaszane na szczepienia lub konsultacje dotyczące ogólnoustrojowych problemów zdrowotnych. Dzieci w wieku poniżej 6 lat mogą być często widywane przez personel podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarzy pierwszego kontaktu, a rzadziej przez pracowników służby zdrowia jamy ustnej. Wczesne wykrycie ECC i natychmiastowa interwencja dają szansę na opanowanie ECC i zapobieganie związanym z nim problemom.</p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

### Podsumowanie odnalezionych wytycznych:

Polskie wytyczne oraz zagraniczne zalecają pierwszą wizytę dziecka zaraz po wyrżnięciu się pierwszych zębów mlecznych i nie później niż do 12 miesiąca życia. Wytyczne zalecają regularne wizyty oraz zapewnienie odpowiedniej profilaktyki do wieku, w tym informowanie dzieci i rodziców na temat prawidłowej higieny jamy ustnej.

Z pośród odnalezionych wytycznych, tylko zalecenia EAPD opublikowane w 2016 r. zawierają plan diagnostyczny z uwzględnieniem wieku dziecka. Dzieci w wieku 20 – 30 miesięcy, zgodnie z planem, powinny odbyć trzecią

<sup>28</sup> Ending Childhood Dental Caries, WHO Implementation manual, Oral Health Programme, Prevention of Noncommunicable Diseases WHO Headquarters, 2019

konsultację. W wieku 36 miesięcy, gdy dojdzie do mocnego bliższego, pierwszego kontaktu pierwszego i drugiego trzonowca mlecznego, dzieci wraz z rodzicami powinny udać się na pierwsze badanie kliniczne.

**Tabela 3. Przegląd wytycznych praktyki klinicznej w zakresie profilaktyki stomatologicznej u dzieci – aktualizacja**

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
<b>Rekomendacje dotyczące profilaktyki występowania próchnicy u dzieci</b>	
<p><b>World Dental Federation, (FDI)<sup>29</sup>, 2016</b></p> <p>AGREE II D3: 13,5%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoryzacja wody (jeżeli jest możliwa) oraz rutynowe stosowanie pasty z fluorem, może mieć korzystny wpływ na zapobieganie próchnicy w większości populacji, jednak osoby pozostające w grupie ryzyka próchnicy lub na nią chorujący, potrzebują bardziej zindywidualizowanych strategii;</li> <li>• Ocena ryzyka wystąpienia próchnicy powinna stanowić podstawę w podejmowaniu decyzji w praktyce stomatologicznej;</li> <li>• W przypadku pacjentów z umiarkowanym lub wysokim ryzykiem próchnicy wskazane jest zastosowanie dodatkowych środków zapobiegawczych w formie edukacji ukierunkowanej na poprawę zachowań (np. dbania o higienę jamy ustnej, poradnictwo dietetyczne) oraz zwiększenie ochrony zdrowia jamy ustnej (np. poprzez lakowanie zębów);</li> <li>• Działania z zakresu profilaktyki pierwotnej próchnicy, powinny polegać na modyfikowaniu lub eliminacji jej czynników etiologicznych oraz na stosowaniu środków ochronnych i wstrzymujących jej rozwój, jak np. fluoryzacja i stosowanie uszczelniaczy;</li> <li>• Modyfikowanie i eliminowanie czynników etiologicznych próchnicy polegać powinno w szczególności na szczotkowaniu zębów pastą z fluorem (co najmniej 1000 ppm F);</li> <li>• Fluoryzacja jest udowodnioną formą przeciwdziałania powstaniu próchnicy;</li> <li>• Fluoryzacja wody wodociągowej jest najbardziej opłacalną formą profilaktyki próchnicy na poziomie populacyjnym, jednak najbardziej powszechnie stosuje się pasty do zębów z fluorem;</li> <li>• U dzieci należy stosować produkty o niższym stężeniu fluoru, ze względu na ryzyko fluorozy w wyniku polykania przez nie pasty;</li> <li>• Ocenie powinien podlegać również poziom przyjmowanego w pokarmach cukru, a wszystkim pacjentom powinno się zalecać jego ograniczenie;</li> <li>• Lakowanie zalecane jest zarówno w celu zapobiegania powstania próchnicy jak i ograniczenia jej rozwoju.</li> </ul> <p>Rekomendacje odnośnie dobrych praktyk stosowania past zawierających fluor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasty z fluorem powinny być stosowane 2 razy dziennie (rano i przed snem);</li> <li>• Ilość pasty jaką należy stosować, jest zależna od wieku:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Powyżej 2 r.ż. – śladowa ilość, pół ziarnka groszku (0,05 – 0,1 g);</li> <li>○ 2-6 r.ż. – ziarnko grochu (0,25 g);</li> <li>○ Powyżej 6 r.ż. – cała długość szczoteczki do zębów (1-1,5 g);</li> </ul> </li> <li>• Zęby należy szczotkować około 2 min;</li> <li>• Po wyszczotkowaniu, resztki pasty należy wypluć i nie płukać ust wodą;</li> <li>• Do 8 r.ż. zaleca się nadzór rodzicielski.</li> </ul>
<p><b>American Academy of Pediatric Dentistry, (AAPD f)<sup>30</sup>, 2022</b></p> <p>AGREE II D3: 34,4%</p>	<p><b>Wytyczne dotyczące oceny ryzyka oraz postępowania w próchnicy u niemowląt, dzieci i młodzieży</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocena ryzyka próchnicy zębów, oparta na wieku dziecka, czynnikach społecznych/behawioralnych/medycznych, czynnikach ochronnych i wynikach klinicznych, powinna być rutynowym elementem nowych i okresowych badań przeprowadzanych przez stomatologów.</li> <li>• Chociaż obecnie nie ma wystarczających informacji, aby przeprowadzić ilościową analizę ryzyka próchnicy, oszacowanie dzieci z niskim, umiarkowanym i wysokim ryzykiem próchnicy na podstawie przewagi czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz wskaźników choroby umożliwi bardziej oparte na dowodach podejście do skierowań lekarzy, a także ustalić częstotliwość i intensywność zabiegów diagnostycznych, profilaktycznych i naprawczych.</li> <li>• Ścieżki opieki, oparte na wieku dziecka i ryzyku próchnicy, dostarczają lekarzom kryteriów i protokołów określania rodzajów i częstotliwości interwencji diagnostycznych, zapobiegawczych i naprawczych w leczeniu próchnicy zębów u konkretnego pacjenta.</li> </ul> <p><u>Przykładowa ścieżka leczenia próchnicy dla dzieci w wieku 0-5 lat:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niskie ryzyko – wizyty kontrolne co 6 – 12 miesięcy, rentgenogram co 12 – 24 miesiące, picie wody z fluorem, szczotkowanie zębów pastą z fluorkami 2 razy dziennie, uszczelnianie bruzd, konsultacja dietetyczna, nadzór.</li> <li>• Umiarkowane ryzyko – wizyty kontrolne co 6 miesięcy, rentgenogram co 6 – 12 miesięcy, picie wody z fluorem (alternatywnie można przyjmować suplementację fluoru przy niedoborze wody z fluorem), szczotkowanie zębów pastą z fluorkami 2 razy dziennie, profesjonalne zabiegi fluoryzacyjne co 3 miesiące, uszczelnianie bruzd, konsultacja dietetyczna, obserwacja ubytków próchnicowych bez kavitacji (białe plamy), odbudowa zmian próchnicowych lub powiększających się.</li> <li>• Wysokie ryzyko – wizyty kontrolne co 3 miesiące, rentgenogram co 6 miesięcy, picie wody z fluorem (alternatywnie można przyjmować suplementację fluoru przy niedoborze wody z fluorem), szczotkowanie zębów pastą z fluorkami 2 razy dziennie, profesjonalne zabiegi fluoryzacyjne co 3 miesiące, stosowanie diaminofluorku srebra na zmianach kavitacyjnych, uszczelnianie bruzd, konsultacja dietetyczna, obserwacja ubytków próchnicowych bez kavitacji (białe plamy), odbudowa zmian próchnicowych lub</li> </ul>

<sup>29</sup> Pitts, N. Zero, D., White Paper on Dental Caries Prevention and Management. A summary of the current evidence and the key issues in controlling this preventable disease, 2016, [https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/2016-fdi\\_cpp-white\\_paper.pdf](https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/2016-fdi_cpp-white_paper.pdf) [data dostępu: 28.04.2023]

<sup>30</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Caries-Risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents, 2022, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_cariesriskassessment.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_cariesriskassessment.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]



Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	powiększających się, tymczasowe uzupełnienia terapeutyczne (ang. interim therapeutic restorations, ITR) można stosować do czasu założenia uzupełnień stałych.
<p><b>American Academy of Pediatric Dentistry, (AAPD g)<sup>31</sup>, 2022</b></p> <p>AGREE II D3: 34,0%</p>	<p><b>Wytyczne dotyczące częstotliwości wizyt kontrolnych, leczenia i stosowania profilaktyki próchnicy u dzieci i młodzieży</b></p> <p>Pierwsze badanie zaleca się w momencie wyrzynania się pierwszego zęba i nie później niż do 12 miesiąca życia. Rozwijające się uzębienie i zgryz powinny być monitorowane przez cały okres wyrzynania się podczas regularnych badań. Oparta na dowodach profilaktyka oraz wczesne wykrywanie i leczenie próchnicy/chorób jamy ustnej może poprawić stan zdrowia jamy ustnej i ogólny stan dziecka, jego samopoczucie i gotowość do nauki w szkole.</p> <p><u>Elementy kompleksowego badania obejmują:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ogólna ocena stanu zdrowia/wzrostu (np. wzrost, waga, obliczanie BMI, parametry życiowe);</li> <li>• ocena bólu;</li> <li>• zewnątrzustne badanie tkanek miękkich;</li> <li>• ocena stawu skroniowo-żuchwowego;</li> <li>• badanie wewnątrzustne tkanek miękkich;</li> <li>• higiena jamy ustnej i ocena ryzyka chorób przyzębia;</li> <li>• badanie wewnątrzustne tkanek twardych;</li> <li>• ocena rozwijającej się okluzji;</li> <li>• ocena radiograficzna, jeśli jest wskazana;</li> <li>• ocena ryzyka próchnicy;</li> <li>• ocena zdolności do współpracy/zachowania dziecka.</li> </ul> <p><b>Zalecenia według wieku – grupa wiekowa od 2. do 6. roku życia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zabiegi należy powtarzać przez okres od 12 do 24 miesięcy co pół roku lub zgodnie z indywidualnymi potrzebami dziecka lub stanem zagrożenia/podatnością na choroby, w tym choroby przyzębia. Zapewnienie odpowiednich do wieku instrukcji higieny jamy ustnej.</li> <li>2. Ocena diety i wskaźnika masy ciała, aby zidentyfikować wzorce zwiększające ryzyko próchnicy lub otyłości u pacjentów. Zapewnienie porady lub odpowiedniego skierowania do specjalisty pediatrii lub dietetyka, zgodnie ze wskazaniami.</li> <li>3. Skaling i czyszczenie zębów co pół roku lub według indywidualnych potrzeb pacjenta.</li> <li>4. Zastosowanie uszczelniaczy szczelinowych dla wrażliwych na próchnicę przednich i bocznych zębów mlecznych i stałych.</li> <li>5. W razie potrzeby zapewnienie doradztwa i usług (np. ochraniacze na zęby) w celu zapobiegania urazom ustno-twarzowym.</li> <li>6. Ocena rozwijającego się uzębienia i zgryzu oraz zapewnienie oceny/leczenia lub skierowania wady zgryzu zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta.</li> <li>7. Zapewnienie wymaganego leczenia lub odpowiedniego skierowania na wszelkie choroby jamy ustnej, nawyki lub urazy, zgodnie ze wskazaniami.</li> <li>8. Ocena rozwoju mowy i języka i zapewnienie odpowiedniego skierowania zgodnie ze wskazaniami.</li> </ol>
<p><b>American Academy of Pediatric Dentistry, (AAPD b)<sup>32</sup>, 2017</b></p> <p>AGREE II D3: 39,6%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaleca się stosowanie 38% diaminofluorku srebra w celu zatrzymywania ubytków próchnicowych tkanek w zębach mlecznych w ramach kompleksowych programów profilaktyki próchnicy.</li> </ul>
<p><b>American Academy of Pediatric Dentistry, (AAPD a)<sup>33</sup>, 2016</b></p> <p>AGREE II D3: 37,5%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postępowanie z próchnicą zębów obejmuje identyfikację indywidualnego ryzyka rozwoju próchnicy, zrozumienie procesu chorobowego u danego pacjenta oraz aktywny nadzór w celu oceny progresji choroby i leczenia za pomocą odpowiednich usług profilaktycznych, uzupełnionych o leczenie odtwórcze, jeśli jest to wskazane.</li> </ul>
<p><b>American Academy of Pediatric Dentistry, (AAPD e)<sup>34</sup>, 2021</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• U dzieci w wieku od 2 do 6 lat zaleca się stosowanie pasty do zębów z fluorem w ilości odpowiadającej ziarnku grochu.</li> <li>• W przypadku dzieci z grupy wysokiego ryzyka rozwoju próchnicy, których woda wodociągowa zawiera mniej niż 0,3 ppm fluoru, zalecana ogólnoustrojowa suplementacja fluoru w diecie wynosi 0,5 mg (dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat).</li> </ul>

<sup>31</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents, 2022, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_periodicity.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_periodicity.pdf) [data dostępu: 28.04.2023]

<sup>32</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Use of Silver Diamine Fluoride for Dental Caries Management in Children and Adolescents, Including Those with Special Health Care Needs, 2017, [https://www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/g\\_sdf.pdf](https://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_sdf.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>33</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Guideline on Restorative Dentistry, 2016, [https://www.aapd.org/assets/1/7/G\\_Restorative1.PDF](https://www.aapd.org/assets/1/7/G_Restorative1.PDF) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>34</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Management of the Developing Dentition and Occlusion in Pediatric Dentistry, 2021, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_developdentition.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_developdentition.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
AGREE II D3: 33,3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zaleca się dokładne szczotkowanie zębów dwa razy dziennie (rano i wieczorem) lub zgodnie z zaleceniami dentysty lub lekarza. Nadzoruj szczotkowanie dzieci, aby zminimalizować polykanie pasty do zębów.</li> </ul>
<p><b>American Dental Association, (ADA c)<sup>35</sup>, 2014</b></p> <p>AGREE II D3: 11,5%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 3 r.ż.: Opiekunowie powinni rozpocząć szczotkowanie zębów dzieci poniżej 3 r.ż. od momentu wyrżnięcia pierwszych zębów, przy użyciu pasty z fluorem (ilość pasty: śladowa lub wielkości ziarnka ryżu). Zęby powinny być gruntownie szczotkowane dwa razy dziennie (rano i wieczorem) lub zgodnie z zaleceniami lekarza lub lekarza dentysty. Szczotkowanie przez dzieci należy nadzorować;</li> <li>3-6 r.ż.: Do szczotkowania należy stosować nie więcej pasty z fluorem niż wielkości ziarnka groszku. Zęby powinny być gruntownie szczotkowane dwa razy dziennie (rano i wieczorem) lub zgodnie z zaleceniami lekarza lub lekarza dentysty. Szczotkowanie zębów przez dzieci należy nadzorować, aby zminimalizować ryzyko połknięcia przez nie pasty;</li> <li>Szczególnie istotne jest, aby stomatolodzy udzielali opiekunom porad w zakresie stosowania odpowiedniej ilości pasty do zębów (opis słowny, pomoce wizualne, praktyczna demonstracja).</li> </ul>
<p><b>United States Preventive Services Task Force, (U.S. PSTF)<sup>36</sup>, 2021</b></p> <p>AGREE II D3: 42,7%</p>	<p><b>Rekomendacje dotyczące zapobiegania próchnicy u dzieci poniżej 5 roku życia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rekomenduje się, aby lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zalecali doustną suplementację fluoru począwszy od 6 miesiąca życia dzieciom, których woda jest uboga w fluor.</li> <li>Rekomenduje się, aby lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nakładali lakier z fluorem na zęby mleczne wszystkich niemowląt i dzieci, począwszy od wieku wyrżniania się zębów mlecznych.</li> <li>Stwierdza się, że obecne dowody są niewystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód rutynowych badań przesiewowych w kierunku próchnicy zębów, wykonywanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej u dzieci poniżej 5 roku życia.</li> </ul>
<p><b>American Dental Association, (ADA a)<sup>37</sup>, 2009</b></p> <p>AGREE II D3: 26,0%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zaleca się lakowanie powierzchni bruzd i szczelin zębów, na których może pojawić się próchnica lub widoczne są jej początki, szczególnie w przypadku pierwszych i drugich zębów trzonowych stałych.</li> <li>Zaleca się zastosowanie oceny wizualnej w celu różnicowania pierwszych oznak próchnicy od bardziej zaawansowanych zmian.</li> <li>Nie jest wymagane stosowanie promieni rentgenowskich wyłącznie w celu zalakowania bruzd/szczelin.</li> </ul>
<p><b>American Academy of Pediatrics (AAP)<sup>38</sup>, 2023</b></p> <p>AGREE II D3: 9,4%</p>	<p><b>Wytyczne dotyczące poprawy i utrzymania zdrowia jamy ustnej u małych dzieci</b></p> <p>Zabiegi i czynności profilaktyczne wykonywane przez pediatrów u dzieci obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poradnictwo dietetyczne – wyłącznie karmienie piersią do 6 miesiąca życia dziecka, a następnie jako karmienie uzupełniające, po ukończeniu 1 roku życia należy oduczać dziecko jadań z butelki; należy unikać karmienia podczas zasypiania dziecka; produkty zawierające cukry proste powinny być podawane tylko podczas stałych pór posiłków, zaleca się podać 100% soków w ilości nieprzekraczającej 120-180 ml na dobę, a pomiędzy posiłkami podawanie wody;</li> <li>Higienę jamy ustnej – szczotkowanie zębów pastą zawierającą fluorki dwa razy dziennie od momentu wyrżnięcia się pierwszego zęba, początkowo ilość pasty powinna odpowiadać objętości ziarna ryżu, a następnie, u dzieci od 3 roku życia, - objętości ziarna groszku. Rodzice powinni pomagać i nadzorować szczotkowanie przez dzieci zębów przynajmniej do ukończenia przez nie 10. roku życia;</li> <li>Profilaktykę fluorkową – składa się ona ze stosowania past, płukanek i suplementów zawierających fluorki, spożywania wody zawierającej fluorki oraz lakierowania zębów fluorem lub diaminofluorkiem srebra w gabinetach stomatologicznych. Lakiery aplikuje się 2-4 razy do roku;</li> <li>Inne działania i czynności – nawyk ssania smoczków czy kciuka, zwłaszcza u dzieci powyżej 3 roku życia, przyczynia się do powstawania wad zgryzu i konieczności późniejszych konsultacji ortodontycznych;</li> <li>Unikanie urazów w obrębie jamy ustnej, w tym urazów stomatologicznych – poprzez zabezpieczenie ostrych krawędzi mebli, stosowanie pasów bezpieczeństwa w fotelikach dziecięcych, a także stosowanie ochraniaczy na zęby u dzieci uprawiających sporty walki.</li> </ul> <p>AAP zaleca rozpoczęcie wizyt stomatologicznych dla dzieci do 1 roku życia, natomiast pierwsze oceny ryzyka próchnicy powinni dokonywać lekarze pediatry.</p>

<sup>35</sup> American Dental Association, Fluoride toothpaste use for young children, 2014, <https://jada.ada.org/action/showPdf?pii=S0002-8177%2814%2960226-9> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>36</sup> United States Preventive Services Task Force, Prevention of Dental Caries in Children Younger Than 5 Years: Screening and Interventions, 2021, <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/final-evidence-summary/prevention-of-dental-caries-in-children-younger-than-age-5-years-screening-and-interventions-1> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>37</sup> American Dental Association, Preventing dental caries through school-based sealant programs Updated recommendations and reviews of evidence, 2009, [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)64584-0/pdf](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)64584-0/pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>38</sup> Maintaining and Improving the Oral Health of Young Children, American Academy of Pediatrics, Volume 151, Number 1, January 2023, <https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/1/e2022060417/190307/Maintaining-and-Improving-the-Oral-Health-of-Young?autologincheck=redirected> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
<p><b>European Academy of Paediatric Dentistry, (EAPD b)<sup>39</sup>, 2008</b></p> <p>AGREE II D3: 30,2%</p>	<p><b>Wytyczne dotyczące prewencji próchnicy wczesnego okresu dzieciństwa (ECC)</b></p> <p>Zgodnie z wytycznymi działania prewencyjne obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsultację stomatologiczną w pierwszym roku życia dziecka, podczas której dokonywana jest ocena ryzyka ECC, edukacja z zakresu higieny i żywienia</li> <li>• Codzienne szczotkowanie zębów pasą zawierającą fluorki;</li> <li>• Profesjonalne lakierowanie zębów 2 razy w roku.</li> </ul>
<p><b>European Academy of Paediatric Dentistry, (EAPD c)<sup>40</sup>, 2016</b></p> <p>AGREE II D3: 36,5%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykrycie zmian próchnicowych we wczesnych latach życia i ich późniejsze monitorowanie jest istotne w radzeniu sobie z chorobą na poziomie powierzchniowym (silna rekomendacja);</li> <li>• W rekomendacjach przedstawiono również zalecenia względem częstości wizyt stomatologicznych dzieci:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Pierwsza konsultacja</u> – wraz z wyrżnięciem 1 zęba (nie później niż 1 r.ż.) Informacja dodatkowa: prewencja zaczyna się już w okresie prenatalnym i okołoporodowym. Matki powinny być informowane o rozwoju zębów, który rozpoczął się już w czasie ciąży oraz że wszelkie zakłócenia w ich zdrowiu mogą wpłynąć na ukształtowanie się zarówno mlecznych jak i stałych zębów dziecka. Rodzice powinni zostać poinformowani o tym, że ich nawyki o dbaniu o zdrowie jamy ustnej będą miały wpływ na zdrowie jamy ustnej ich dzieci. Etiologia próchnicy wczesnego dzieciństwa jest głównie bakteryjna, a bakterie przenoszone są na dziecko przez rodziców głównie poprzez kontakt z ich śliną (np. podczas karmienia czy całowania);</li> <li>○ <u>Druga konsultacja</u> – wraz z wyrżnięciem pierwszego mlecznego zęba trzonowego (11-18 miesiąc życia);</li> <li>○ <u>Trzecia konsultacja</u> – wraz z wyrżnięciem drugiego mlecznego zęba trzonowego (20-30 miesiąca życia);</li> <li>○ <u>Pierwsze badanie</u> – gdy nastąpi zetknięcie pierwszego i drugiego zęba trzonowego (26 miesiąc życia);</li> <li>○ <u>Drugie badanie</u> – 18 miesięcy po pierwszym badaniu wizycie (4,5 r.ż.);</li> <li>○ <u>Trzecie badanie</u> – wraz z wyrżnięciem pierwszego stałego zęba trzonowego (nieco przed 6 r.ż.);</li> <li>○ <u>Czwarte badanie</u> – 18 miesięcy po zetknięciu drugiego mlecznego trzonowca i pierwszego stałego trzonowca;</li> <li>○ <u>Piąte badanie</u> – wraz z wyrżnięciem drugiego stałego zęba trzonowego (10-12 r.ż.);</li> <li>○ <u>Szóste badanie</u> – 18 miesięcy po zetknięciu pierwszego i drugiego stałego zęba trzonowego.</li> </ul> </li> <li>• W niniejszych rekomendacjach odwołano się również do starszych rekomendacji odnoszących się badań radiologicznych w diagnostyce stomatologicznej (EAPD 200318), w których zaleca się stosowanie Systemu Punktacji Radiologicznej (ang. Radiographic Scoring System);</li> <li>• W przypadku, gdy współpraca z dzieckiem jest niemożliwa, lub gdy rodzice nie wyrażają zgody na wykonanie badania radiograficznego, zleca się zastosowanie metody FOTI (ang. Fiber-optic Trans Illumination);</li> <li>• Monitorowanie postępu zmian może być utrudnione, ze względu na fakt iż lekarze nie są w stanie przypomnieć sobie jak wyglądały zmiany w poprzednich badaniach. W związku z tym zaleca się stosowanie prostych urządzeń do obrazowania wewnątrzustnego;</li> <li>• Ocena ryzyka wystąpienia próchnicy powinna być przeprowadzana u wszystkich dzieci w czasie pierwszej wizyty dentystycznej, a kolejne oceny powinny być realizowane przez cały okres dziecięcy i młodzieńczy (rekomendacja warunkowa);</li> <li>• Przypisanie pacjenta do konkretnej grupy ryzyka powinno się wiązać z dopasowanymi do indywidualnych potrzeb działaniami prewencyjnymi i naprawczymi podejmowanymi w ramach kolejnych wizyt (rekomendacja warunkowa);</li> <li>• Modele wielowymiarowe wykazują większą dokładność niż w przypadku stosowania jednego predyktora, szczególnie w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym. Dokładność we wczesnych latach życia może sięgać nawet 80% (rekomendacja warunkowa);</li> <li>• Nie ma jednej metody, która byłaby najlepsza w przewidywaniu wystąpienia próchnicy w przyszłości (rekomendacja warunkowa);</li> <li>• Stomatologowie dziecięcy powinni podnosić wiedzę dzieci i ich rodziców nt. występowania próchnicy wśród dzieci i młodzieży, głównie poprzez wyjaśnianie jej przyczyn i skutków, dostosowaną do wieku odbiorcy motywację do odpowiedniego stylu życia oraz zwiększanie aktywności rodziców (niska jakość dowodów, silna rekomendacja);</li> <li>• Odpowiednia dieta zapobiega powstawaniu nowych zmian próchnicowych, redukuje ogólne ryzyko próchnicy oraz wspiera dezaktywację występującej próchnicy (umiarkowana jakość dowodów, silna rekomendacja);</li> <li>• Dostępne dowody wskazują, że rozmowy motywacyjne z rodzicami poprawiają zachowania zdrowotne dzieci (umiarkowana jakość dowodów, silna rekomendacja);</li> <li>• Usuwanie płytki nazębnej poprzez szczotkowanie zębów pastą z fluorem 2 razy dziennie przeciwdziała powstawaniu nowych zmian próchnicowych (wysoka jakość dowodów, silna rekomendacja);</li> <li>• Wykazano, że fluoryzacja wpływa na zatrzymanie rozwoju próchnicy i powinna być stosowana w przypadku nieaktywnej, wczesnej próchnicy (umiarkowana jakość dowodów, silna rekomendacja);</li> <li>• Lakowanie bruzd i szczelin zębowych zapobiega powstawaniu nowych zmian próchnicowych na powierzchniach żujących stałych zębów trzonowych oraz pozwala na zatrzymanie rozwoju istniejących zmian początkowych (wysoka jakość dowodów, silna rekomendacja).</li> </ul>

<sup>39</sup> European Academy of Paediatric Dentistry, Guidelines on Prevention of Early Childhood Caries: An EAPD Policy Document, 2008, [https://www.eapd.eu/uploads/1722F50D\\_file.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/1722F50D_file.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>40</sup> European Academy of Paediatric Dentistry, Best clinical practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document, 2016, [https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD\\_ECC\\_Management\\_2016.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD_ECC_Management_2016.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]



Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
<p><b>European Academy of Paediatric Dentistry, (EAPD a)<sup>41</sup>, 2004</b></p> <p>AGREE II D3: 26,0%</p>	<p><b>Zalecenia dotyczące wyboru grup pacjentów oraz grup zębów:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dzieci oraz młodzież ze stwierdzoną niepełnosprawnością fizyczną lub psychiczną: należy rozważyć stosowanie laków szczelinowych na wszystkich podatnych na próchnicę mlecznych oraz stałych zębach, gdzie ogólny stan zdrowia mógłby ulec pogorszeniu w przypadku pojawienia się choroby stomatologicznej lub w przypadku pojawienia się konieczności leczenia stomatologicznego,</li> <li>• dzieci oraz młodzież z objawami aktywności choroby próchnicowej: na wszystkich wątpliwych powierzchniach bruzd oraz szczelin powinno się rozważyć stosowanie laków szczelinowych,</li> <li>• uwzględnienie bocznych szczelin stałych zębów trzonowych,</li> <li>• dzieci oraz młodzież bez objawów aktywności choroby próchnicowej: do lakowania szczelinowego należy rozważyć wyłącznie głębokie szczeliny i miejsca potencjalnie podatne na wystąpienie próchnicy.</li> </ul> <p><b>Zalecenia dotyczące wskazań klinicznych:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• w przypadku wskazania, zastosowanie laku szczelinowego należy rozważyć najwcześniej jak to możliwe, w okresie zaraz po wyrznięciu zęba,</li> <li>• wybór uszczelnacza (na bazie żywicy lub szkło-jonomerowego) powinien zależeć od odpowiedniej kontroli jego wilgotności,</li> <li>• w przypadku wątpliwości dotyczących ryzyka wystąpienia próchnicy w danym zębie, należy skorzystać z rentgena,</li> <li>• w przypadku gdy uszkodzenie zęba sięga zębiny, należy usunąć barwienie oraz miejsce wypełnić lakiem.</li> </ul>
<p><b>National Institute for Health and Care Excellence, (NICE b)<sup>42</sup>, 2015</b></p> <p>AGREE II D3: 51,0%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stomatolodzy w trakcie każdej wizyty powinni informować pacjentów lub ich rodziców/opiekunów o konieczności dbania o higienę jamy ustnej, a także powinni pytać o stosowanie preparatów zawierających fluor.</li> <li>• Sposób przekazywania informacji powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb odbiorców.</li> <li>• Należy rozważyć stosowanie różnego rodzaju form przekazywania informacji w zależności od specyfiki grupy do jakiej są one kierowane.</li> <li>• Dowody naukowe z przeglądów badających skuteczność interwencji mających na celu poprawę zdrowia jamy ustnej były ograniczone i niespójne. Zidentyfikowano kilka interwencji, które wpłynęły na efekty pośrednie (takie jak wiedza na temat higieny jamy ustnej), jednak tylko interwencje z zastosowaniem fluoryzowanych past do zębów miały wpływ na redukcję próchnicy.</li> </ul> <p><b>Wytyczne dotyczące powszechnej praktyki dentystycznej dotyczącej promocji zdrowia jamy ustnej</b> Podczas każdej wizyty w gabinecie stomatologicznym pacjent powinien uzyskać indywidualnie dostosowaną poradę dotyczącą higieny jamy ustnej, stosowania produktów zawierających fluorki, a także diety.</p>
<p><b>National Institute for Health and Care Excellence, (NICE a)<sup>43</sup>, 2014</b></p> <p>AGREE II D3: 51,0%</p>	<p><b>Profilaktyka chorób jamy ustnej wśród dzieci:</b> <u>Wczesne lata życia dziecka:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Należy upewnić się, że personel mający najczęstszy kontakt z pacjentami jest w stanie pomóc rodzicom, opiekunom i innym członkom rodziny zrozumieć jak zdrowie jamy ustnej dzieci wpływa na ich ogólny stan zdrowia, samopoczucie i prawidłowy rozwój. W tym celu zaleca się:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ promocję karmienia piersią i właściwego przechodzenia z karmienia piersią lub przy pomocy butelki na karmienie przy pomocy kubka;</li> <li>○ promocję zdrowej diety, w tym przekąsek (np. w formie owoców) i napojów (np. wody lub mleka);</li> <li>○ wyjaśnianie, że próchnica zębów jest chorobą, której można zapobiegać poprzez np. odpowiednią fluoryzację;</li> <li>○ promocję stosowania past z fluorem od momentu wyrznięcia pierwszych zębów;</li> <li>○ udzielanie praktycznych porad dotyczących tego jak osiągnąć i utrzymać właściwą higienę jamy ustnej oraz tego jak zachęcać dzieci do szczotkowania zębów od najmłodszych lat;</li> <li>○ wskazywanie alternatyw dla słodzonych produktów, napojów, przekąsek;</li> <li>○ stosowanie leków bez cukru;</li> <li>○ udzielanie porad dotyczących dostępu do rutynowej i nagłej opieki dentystycznej;</li> <li>○ wskazywanie kto jest uprawniony do darmowej opieki stomatologicznej;</li> <li>○ zachęcanie rodzin do korzystania z opieki stomatologicznej.</li> </ul> </li> <li>• Należy rozważyć wyposażenie położnych i innych pracowników medycznych mających kontakt z dziećmi, które jeszcze nie uczęszczają do żłobków w bezpłatne zestawy do szczotkowania zębów, w celu oferowania ich rodzinom z grup wysokiego ryzyka złego stanu zdrowia jamy ustnej. Przekazywanie zestawów powinno wiązać się z praktyczną poradą w zakresie właściwego szczotkowania zębów oraz informacją dotyczącą lokalnych usług stomatologicznych.</li> </ul> <p><u>Żłobki:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Należy dokonać identyfikacji obszarów zwiększonego ryzyka złego zdrowia jamy ustnej wśród dzieci i rozważyć wprowadzenie programów nadzorowanego szczotkowania zębów w przedszkolach i żłobkach, obejmującego:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ o uzyskanie świadomej zgody rodziców/opiekunów;</li> <li>○ o przeprowadzanie codziennego, nadzorowanego szczotkowania zębów pastą z fluorem na terenie placówki;</li> </ul> </li> </ul>

<sup>41</sup> European Academy of Paediatric Dentistry, EAPD guidelines for the use of pit and fissure sealants, 2004, [https://www.eapd.eu/uploads/D052751D\\_file.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/D052751D_file.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>42</sup> National Institute for Health and Care Excellence, Oral health promotion: general dental practice, 2015, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng30/resources/oral-health-promotion-general-dental-practice-pdf-1837385644741> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>43</sup> National Institute for Health and Care Excellence, Oral health: local authorities and partners, <https://www.nice.org.uk/guidance/ph55/resources/oral-health-local-authorities-and-partners-pdf-1996420085701> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o o współpracę z rodzicami/opiekunami w celu zachęcenia do szczotkowania zębów zarówno w domu jak i w przedszkolu;</li> <li>o o zapewnienie bezpłatnych szczoteczek i past z fluorem (jeden zestaw do wykorzystania na terenie placówki, drugi zestaw do korzystania w domu);</li> <li>o o wyznaczenie osoby kierującej programami na terenie wszystkich placówek;</li> <li>o o zapewnienie dostępu do profesjonalnej opieki dentystycznej;</li> <li>o o organizowanie wsparcia i szkoleń dla personelu;</li> <li>o o ocenę realizacji programu przynajmniej 3 razy w ciągu roku szkolnego.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na obszarach gdzie prowadzenie nadzorowanego szczotkowania zębów nie jest wykonalne, należy rozważyć przeprowadzenie u dzieci powyżej 3 r.ż. programów fluoryzacji zębów, który powinien obejmować co najmniej 2 aplikacje lakieru fluorkowego rocznie.</li> <li>• Należy zapewnić współpracę z rodzicami/opiekunami, aby uzyskać zgodę na udział we fluoryzowaniu jak największej liczby dzieci.</li> <li>• Należy dążyć wszelkimi staraniami, aby rodziny dzieci nie objętych regularną opieką dentystyczną były zachęcane i aby udzielana im była wszelka pomoc w dostępie do opieki dentystycznej.</li> <li>• Jeżeli pozwolą na to posiadane zasoby, należy rozważyć wprowadzenie zarówno programu nadzorowanego szczotkowania zębów jak i programu fluoryzacji.</li> </ul> <p><u>Profilaktyka próchnicy u dzieci w wieku od 0-6 lat:</u></p> <p>Dzieci do 3 r.ż.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Od momentu wyrżnięcia się zębów należy szczotkować je dwa razy dziennie pastą z fluorem pod nadzorem rodzicielskim (szczotkowanie przed snem i jeszcze raz w ciągu dnia);</li> <li>• Należy stosować pasty o zawartości fluoru nie mniejszej niż 1000 ppm;</li> <li>• Dobrą praktyką jest stosowanie śladowej ilości pasty;</li> </ul> <p>Dzieci od 3 do 6 r.ż. dodatkowo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Należy stosować pasty z zawartością fluoru od 1350-1500 ppm;</li> <li>• Zaleca się stosowanie ilości pasty nie większej niż ziarno grochu.</li> </ul>
<p><b>Government of New South Wales, (NSW)<sup>44</sup>, 2014</b></p> <p>AGREE II D3: 19,8%</p>	<p><b>Wytyczne dotyczące zdrowia jamy ustnej w okresie wczesnego dzieciństwa</b></p> <p>Profilaktyka chorób jamy ustnej u dzieci powinna rozpocząć się już w okresie prenatalnym, kobiety ciężarne powinny być zachęcane do poddawania się badaniom i leczeniu stomatologicznemu. Po narodzinach, w okresie wczesnego dzieciństwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaleca się wprowadzić zasadę „podnieś wargę” dotyczącą dzieci w wieku 0-5 lat, polegającą na regularnym badaniu górnych przednich zębów w celu wykrycia wczesnych zmian próchnicowych;</li> <li>• Należy oszacować ryzyko chorób jamy ustnej u dziecka i włączyć działania profilaktyczne;</li> <li>• Po ukończeniu przez dziecko 6 miesiąca życia należy ograniczyć nocne karmienie;</li> <li>• Edukacja rodziców powinna obejmować higienę jamy ustnej dziecka, suplementację fluorków i konsultację dietetyczną. Należy też uświadomić opiekunów, aby kształtowali w dzieciach pozytywne skojarzenia związane z wizytami w gabinecie stomatologicznym;</li> <li>• Zęby powinny być szczotkowane co najmniej 2 razy dziennie – po śniadaniu i przed snem, pod nadzorem rodziców. Do 12 miesiąca życia do szczotkowania używa się wyłącznie szczoteczki, bez pasty, a później jej niewielką ilość, a od 18 miesiąca życia ilości ziarna grochu. Dzieci nie powinny płukać zębów. Jeśli zęby stykają się ze sobą, należy zacząć używać nici dentystycznych.</li> <li>• Nie zaleca się stosowania suplementów diety zawierających fluorki.</li> </ul>
<p><b>Royal Australian College of General Practitioners, (RACGP)<sup>45</sup>, 2021</b></p> <p>AGREE II D3: 34,4%</p>	<p><b>Rekomendacja:</b></p> <p><u>Edukacja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porada nt. spożywania przekąsek i słodkich napojów między posiłkami,</li> <li>• Odradzanie podawania niemowlętom w nocy butelek zawierających płyny inne niż woda;</li> <li>• Zalecanie szczotkowania zębów dwa razy dziennie przy użyciu pasty z fluorem, (dzieci w wieku od 18 miesięcy do 6 lat - ilość pasty wielkości ziarna grochu, lub pasta z niższą zawartością fluoru, zachęcanie do wypływania nie do płukania);</li> <li>• Zalecanie nadzoru rodzicielskiego podczas szczotkowania w przypadku dzieci do 8 r.ż.;</li> <li>• Zalecanie regularnych przeglądów dentystycznych;</li> <li>• Zalecanie regularnego używania nici dentystycznej oraz porada na temat stosowania ochraniaczy na zęby podczas uprawiania sportów kontaktowych.</li> </ul> <p><u>Badanie dentystyczne:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprawdzenie jamy ustnej pod kątem próchnicy, przebarwień, urazów zębów, stanu zapalnego lub obrzęku dziąseł;</li> <li>• Sprawdzenie jamy ustnej pod kątem kserostomii;</li> <li>• Sprawdzenie okolic jamy ustnej-szyi i okolic twarzy – w celu identyfikacji guzków i obrzęków.</li> </ul>
<p><b>Irish Oral Health Services Guideline</b></p>	<p><u>Identyfikacja osób z wysokim ryzykiem próchnicy:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pielęgniarki i lekarze rodzinni oraz inny personel POZ mający regularny kontakt z dziećmi powinien być przeszkolony w zakresie identyfikacji dzieci z grup wysokiego ryzyka wystąpienia próchnicy</li> <li>• Ocena jamy ustnej powinna być przeprowadzana w ramach badań bilansowych począwszy od 8 miesiąca życia oraz zapisywana w karcie dziecka</li> </ul>

<sup>44</sup> Government of New South Wales, Early Childhood Oral Health Guidelines for Child Health Professionals, 3rd Edition, 2014, [https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2014\\_020.pdf](https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2014_020.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>45</sup> Royal Australian College of General Practitioners, Guidelines for preventive activities in general practice, 2021, <https://www.racgp.org.au/getattachment/1ad1a26f-9c8b-4e3c-b45b-3237272b3a04/Guidelines-for-preventive-activities-in-general-practice.aspx> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
<p><b>Initiative, (IOHSGI a)<sup>46</sup>, 2009</b></p> <p>AGREE II D3: 72,9%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Należy ustalić jasną ścieżkę postępowania z dzieckiem w wieku przedszkolnym, u którego stwierdzono wysokie ryzyko wystąpienia próchnicy, aby możliwe było skierowanie go do stomatologa przez lekarzy POZ, AOS ale również pracowników socjalnych</li> <li>• Dzieciom uczęszczającym do pierwszej klasy szkoły podstawowej należy zaproponować ocenę stomatologiczną</li> <li>• Formalna ocena ryzyka wystąpienia próchnicy powinna być przeprowadzana wszystkim dzieciom w ramach przeglądów dentystycznych przy pomocy tzw. „check-listy”</li> <li>• Lista ta powinna być zintegrowana z elektroniczną kartą zdrowia pacjenta</li> </ul> <p><b>Identyfikacja populacji z wysokim ryzykiem wystąpienia próchnicy:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Należy opracować zestaw wskaźników zdrowia jamy ustnej służących odpowiedniemu planowaniu, celowaniu oraz ewaluacji świadczeń stomatologicznych</li> <li>• Dane powinny być zbierane na poziomie lokalnym, ale standaryzowane i koordynowane na poziomie krajowym</li> <li>• Należy opracować elektroniczny system zbierania wspomnianych danych</li> </ul> <p><b>Strategie prewencji próchnicy w populacji dzieci przedszkolnych (0-4 lata):</b></p> <p><b>Strategie populacyjne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej oraz udzielanie porad w zakresie odpowiedniej diety powinny mieć miejsce w ramach badań bilansowych począwszy od 8 miesiąca życia dziecka oraz przy każdej innej nadarzającej się okazji</li> <li>• Informacje nt. zdrowia jamy ustnej powinny być uwzględniane również w ramach innych interwencji z zakresu zdrowia publicznego realizowanych wśród dzieci</li> <li>• Rodzice oraz opiekunowie dzieci &lt; 2 r.ż. powinni być zachęceni do szczotkowania zębów swoich od momentu wyrżnięcia pierwszych zębów mlecznych przy użyciu miękkiej szczoteczki i wody</li> <li>• Rodzice oraz opiekunowie dzieci między 2 a 4 r.ż. (oraz dzieci między 0 a 4r.ż. z wysokim ryzykiem próchnicy) powinni być zachęceni do szczotkowania zębów swoich dzieci lub pomocy przy szczotkowaniu przy użyciu pasty do zębów z zawartością fluoru (przynajmniej 1 000 ppm F, ilość pasty wielkości małego ziarnka groszku), dwa razy dziennie (przed snem oraz raz w ciągu dnia ).</li> <li>• Należy zachęcać dzieci do wypluwania resztek pasty i nie płukania po szczotkowaniu (B).</li> </ul> <p><b>Strategie indywidualne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukacja rodziców/opiekunów powinna obejmować zachęcanie do zdrowej diety zgodnej z rekomendacjami w tym zakresie</li> <li>• Rodzice/opiekunowie dzieci, które piją z butelki powinni zostać poinstruowani o niewlewaniu do butelek soków i słodzonych napojów oraz niepozwalaniu dzieciom na zasypianie z butelką lub kubkiem</li> <li>• Rodzice/opiekunowie powinni być zachęceni do ograniczenia podawania dzieciom produktów zawierających cukier oraz w miarę możliwości ograniczenie ich spożywania do czasu posiłków</li> <li>• Rodzice/opiekunowie powinni zostać poinformowani o dostępności produktów zawierających substancje zastępujące cukier, z zastrzeżeniem, że powinny one być spożywane z umiarem</li> <li>• Jeżeli istnieje taka możliwość, należy stosować leki niezawierające cukru</li> <li>• Dzieciom z grup wysokiego ryzyka próchnicy należy proponować aplikację lakieru fluorowego (22 600 ppm F) w 3-6 miesięcznych odstępach czasowych</li> <li>• Nie rekomenduje się stosowania chlorheksydyny w profilaktyce próchnicy</li> </ul> <p><b>Strategie prewencji próchnicy w populacji dzieci w wieku szkolnym (5-15 lat):</b></p> <p><b>Strategie populacyjne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informacje nt. zdrowia jamy ustnej powinny być uwzględniane w ramach innych interwencji z zakresu zdrowia publicznego realizowanych wśród dzieci i młodzieży</li> <li>• Wszystkie dzieci powinny być zachęcane do szczotkowania zębów:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ przy użyciu pasty z zawartością fluoru na poziomie co najmniej 1000 ppm F</li> <li>○ dwa razy dziennie</li> <li>○ przed snem oraz raz w ciągu dnia</li> <li>○ przy użyciu ilości pasty wielkości małego ziarnka groszku (do 7 r.ż. – u dzieci powyżej 7 r.ż. ryzyko połknięcia pasty jest znacznie mniejsze i można zastosować ilość pasty odpowiadającej wielkości ziarna groszku lub większej)</li> </ul> </li> <li>• W przypadku dzieci poniżej 7 r.ż. zaleca się, aby szczotkowanie zębów odbywało się pod nadzorem osób dorosłych</li> <li>• Dzieci powinno się zachęcać do wypluwania pasty i nieplukanie jamy ustnej po szczotkowaniu zębów</li> </ul> <p><b>Strategie indywidualne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formalna ocena ryzyka wystąpienia próchnicy powinna być przeprowadzana wszystkim dzieciom w ramach przeglądów dentystycznych przy pomocy tzw. „check-listy”</li> <li>• Dzieci, u których stwierdzone zostało wysokie ryzyko wystąpienia próchnicy należy poddawać lakowaniu bruzd i szczelin zębów stałych przy użyciu laków na bazie żywicy</li> <li>• Dzieciom z wysokim ryzykiem próchnicy należy również proponować aplikację lakieru fluorowego na bazie żywicy (z zawartością fluoru na poziomie co najmniej 22 600 ppm F) w przedziałach czasowych 6 lub 3 miesięcznych</li> <li>• Nie rekomenduje się stosowania chlorheksydyny w profilaktyce próchnicy</li> <li>• Nie odnaleziono wystarczających dowodów na rekomendowanie stosowania produktów do remineralizacji (CPP-ACP) w prewencji próchnicy.</li> </ul>

<sup>46</sup> Irish Oral Health Services Guideline Initiative, Strategies To Prevent Dental Caries In Children And Adolescents, Evidence-based Guidance on identifying high caries risk children and developing preventive strategies for high caries risk children in Ireland, 2009, <https://www.ucc.ie/en/media/research/ohsrc/PreventDentalCariesFull.pdf> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej dla rodziców/opiekunów powinna obejmować zachęcanie do zdrowej diety</li> <li>Rodzice/opiekunowie powinni być zachęceni do ograniczenia podawania dzieciom produktów zawierających cukier oraz w miarę możliwości ograniczanie ich spożycia do czasu posiłków</li> <li>Rodzice/opiekunowie oraz dzieci powinni zostać poinformowani o dostępności produktów zawierających substancje zastępujące cukier, z zastrzeżeniem, że powinny one być spożywane z umiarem</li> <li>Jeżeli istnieje taka możliwość, należy stosować leki niezawierające cukru.</li> </ul>
<p><b>Canadian Paediatric Society, (CPS)<sup>47</sup>, 2016</b></p> <p>AGREE II D3: 26,0%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wskazano, że profesjonalna opieka stomatologiczna obejmująca stosowanie fluorków oraz selektywne stosowanie laków zmniejsza próchnicę;</li> <li>Regularne szczotkowanie zębów przy użyciu pasty zawierającej fluor oraz nitkowanie zębów jest zalecane w celu zachowania higieny jamy ustnej, ograniczenia chorób dziąseł i zapobiegania próchnicy;</li> <li>Suplementacja fluorków powinna być rozważana na obszarach, gdzie występowanie fluoru w wodzie jest niewystarczające.</li> </ul>
<b>Rekomendacja dotycząca oceny zdrowia jamy ustnej</b>	
<p><b>Irish Oral Health Services Guideline Initiative, (IOHSGI b)<sup>48</sup>, 2012</b></p> <p>AGREE II D3: 63,5%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>W celu optymalizacji skuteczności programy oceny zdrowia jamy ustnej skierowane do dzieci w wieku szkolnym, powinny być oparte na populacyjnych strategiach promocji zdrowia jamy ustnej oraz zintegrowanych świadczeniach w zakresie POZ dla dzieci.</li> <li>Ocenę zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku szkolnym powinno się przeprowadzać w gabinetach stomatologicznych.</li> <li>Wszystkim dzieciom uczęszczającym do pierwszej klasy szkoły podstawowej powinno się oferować przeprowadzenie oceny zdrowia jamy ustnej, w tym również ocenę ryzyka wystąpienia próchnicy.</li> <li>W celu promocji, ochrony i poprawy zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku szkolnym, przedziały czasowe między kolejnymi ocenami nie powinny przekraczać 12 miesięcy.</li> <li>Wyniki badań w zakresie oceny zdrowia jamy ustnej dzieci powinny być zbierane lokalnie oraz opracowywane na poziomie krajowym.</li> </ul>
<b>Rekomendacje dotyczące oceny zgryzu</b>	
<p><b>American Academy of Pediatric Dentistry, (AAPD e)<sup>49</sup>, 2021</b></p> <p>AGREE II D3: 33,3%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Badanie stanu uzębienia i zgryzu powinno się składać z:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>Analizy twarzy – sprawdzenie symetrii szczęki i żuchwy oraz symetrii pionowej, zgryzu;</li> <li>Oceny jamy ustnej – ocena ogólna i funkcjonalna uzębienia;</li> <li>Analizy funkcjonalnej – ocenie czynników funkcjonalnych związanych z wadą zgryzu, identyfikacja szkodliwych nawyków, sprawdzenie stanu stawu skroniowo-żuchwowego.</li> </ul> </li> <li>Rozwijające się uzębienie powinno być monitorowane przez cały okres wzrostu. Monitorowanie podczas regularnych badań powinno obejmować między innymi diagnozę brakujących, nadliczbowych, wadliwych rozwojowo oraz zrosniętych lub bliźniaczych zębów; erupcji ektopowych; ubytków przestrzeni między zębowych i zębów wtórnych do próchnicy oraz stanu zdrowia przyzębia i miąższy zębów.</li> <li>Badanie radiograficzne, jeśli jest to konieczne i wykonalne, powinno towarzyszyć badaniu klinicznemu. Diagnoza nieprawidłowości rozwoju i wyrzynania się zębów mlecznych lub stałych powinna być postawiona w celu poinformowania rodzica pacjenta oraz zaplanowania i zalecenia odpowiedniej interwencji. Ta ocena trwa przez cały okres rozwoju uzębienia, na wszystkich etapach. Etap uzębienia mlecznego: Anomalie zębów mlecznych i wyrzynania się mogą nie być widoczne/diagnozowalne przed wyrzynaniem się, ze względu na niezgłoszenie się dziecka na badanie stomatologiczne lub niemożność wykonania badania radiologicznego u dziecka ze względu na wiek lub zachowanie. Ocenę należy jednak przeprowadzić, gdy jest to wykonalne. Cele oceny obejmują identyfikację: wszystkich anomalii liczby i wielkości zębów (jak np. wcześniej zauważono); zgryzy krzyżowe przednie i tylne; obecność nawyków wraz z ich następstwami zębowymi i szkieletowymi; zgryz otwarty; i problemy z drogami oddechowymi.</li> <li>Na każdym etapie do celów interwencji/leczenia należy opanowanie niekorzystnego wzrostu, korygowanie dysharmonii zębowych i szkieletowych, poprawa estetyki uśmiechu i towarzyszący temu pozytywny wpływ na obraz siebie oraz poprawa zgryzu. Etap uzębienia mlecznego: Należy zdiagnozować nawyki i zgryzy krzyżowe, a jeśli przewiduje się, że nie będą one samokorygujące, należy zająć się nimi tak wcześnie, jak to możliwe, aby ułatwić normalne relacje okluzyjne. Rodziców należy poinformować o stwierdzeniu nieprawidłowego wzrostu i rozwijających się wad zgryzu. Interwencje/leczenie można zalecić, jeśli można postawić diagnozę, leczenie jest odpowiednie i możliwe, a rodzice okazują wsparcie i wyrażają chęć poddania się leczeniu.</li> <li>Leczenie nawyków mających następstwa stomatologiczne jest wskazane, gdy nawyk wiąże się z niekorzystnym rozwojem uzębienia lub niekorzystnym wpływem na zdrowie dziecka lub gdy istnieją uzasadnione przesłanki, że nawyk spowoduje niekorzystne następstwa w rozwijającym się uzębieniu stałym. Każde leczenie musi być dostosowane do rozwoju dziecka, jego zdolności rozumienia i współpracy. Sposoby leczenia nawyków obejmują poradnictwo dla pacjenta/rodzica, techniki modyfikacji zachowania, terapię miofunkcjonalną, terapię aparatem (zewnątrznym i wewnątrzdnym) lub skierowanie do innych świadczeniodawców, w tym między innymi ortodontów, psychologów, terapeutów miofunkcjonalnych lub otolaryngologów. Chęć dziecka do zaprzestania nawyku jest korzystna dla zarządzania nawykami jamy</li> </ul>

<sup>47</sup> Canadian Paediatric Society, An update to the Greig Health Record: Preventive health care visits for children and adolescents aged 6 to 17 years – Technical report, 2016, <https://cps.ca/en/documents/position/greig-health-record-technical-report> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>48</sup> Irish Oral Health Services Guideline Initiative, Oral Health Assessment Best practice guidance for providing an oral health assessment programme for school-aged children in Ireland, 2012, <https://www.ucc.ie/en/media/research/ohsrc/OralHealthAssessmentFull.pdf> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>49</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Management of the Developing Dentition and Occlusion in Pediatric Dentistry, 2021, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_developdentition.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_developdentition.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]



Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
	ustnej. Leczenie ma na celu zmniejszenie lub wyeliminowanie nawyku i zminimalizowanie potencjalnego szkodliwego wpływu na kompleks zębowo-twarzowy.
<b>Rekomendacje dotyczące wizyty adaptacyjnej</b>	
<p><b>American Academy of Pediatric Dentistry, (AAPD d)<sup>50</sup>, 2020</b></p> <p>AGREE II D3: 35,4%</p>	<p>Zalecane są następujące sposoby postępowania z dziećmi podczas wizyt w gabinecie stomatologicznym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• podstawowe:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· pozytywne obrazy przed wizytą,</li> <li>· bezpośrednia obserwacja,</li> <li>· metoda „powiedz-pokaż-zrób”,</li> <li>· metoda „zapytaj-powiedz-zapytaj”,</li> <li>· kontrola głosem,</li> <li>· komunikacja niewerbalna,</li> <li>· pozytywne wzmocnienie i pochwała opisowa,</li> <li>· odwrócenie uwagi,</li> <li>· przekształcenie wspomnień,</li> <li>· odwracanie uwagi na otoczenie i procedury stomatologiczne,</li> <li>· wzmożona kontrola,</li> <li>· obecność/nieobecność rodziców,</li> <li>· wziewne podawanie podtlenku azotu/tlenu,</li> <li>· dodatkowe metody dla pacjentów z specjalnymi potrzebami zdrowotnymi.</li> </ul> </li> <li>• zaawansowane:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· unieruchomienie,</li> <li>· sedacja,</li> <li>· znieczulenie ogólne.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Rekomendacje dotyczące profilaktyki fluorkowej u dzieci</b>	
<p><b>American Academy of Pediatric Dentistry, (AAPD c)<sup>51</sup>, 2018</b></p> <p>AGREE II D3: 34,4%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przeglądy oparte na dowodach potwierdzają, że stosowanie fluoru w profilaktyce i kontroli próchnicy jest zarówno bezpieczne, jak i wysoce skuteczne w zmniejszaniu częstości występowania próchnicy.</li> <li>• Przeglądy oparte na dowodach potwierdzają, że suplementy diety z fluorem skutecznie zmniejszają próchnicę zębów i należy je rozważyć u dzieci zagrożonych próchnicą, które piją wodę z niedoborem fluoru (mniej niż 0,6 ppm).</li> <li>• Poparte dowodami przeglądy potwierdzają, że profesjonalnie stosowane miejscowe leczenie fluorem, takie jak lakiery 5% NaF lub 1,23% F, są skuteczne w zmniejszaniu próchnicy u dzieci zagrożonych próchnicą.</li> <li>• Z przeglądów opartych na dowodach wynika, że pasta do zębów z fluorem jest skuteczna w zmniejszaniu próchnicy zębów u dzieci, przy czym efekt ten jest silniejszy u dzieci z wyższym wyjściowym poziomem próchnicy, wyższym stężeniem fluoru w paście do zębów, większą częstotliwością stosowania i nadzorem. Używanie fluorowanej pasty do zębów w ilości nie większej niż rozsmar lub wielkość ryżu dla dzieci w wieku poniżej trzech lat może zmniejszyć ryzyko fluorozę. Używanie fluoryzowanej pasty do zębów w ilości nie większej niż ziarnko grochu jest odpowiednie dla dzieci w wieku od trzech do sześciu lat.</li> <li>• Oparte na dowodach opinie potwierdzają, że żele i pasty zawierające 0,5% fluoru do użytku domowego na receptę oraz płyny do płukania ust zawierające 0,09% fluoru do użytku domowego na receptę są również skuteczne w zmniejszaniu próchnicy zębów.</li> <li>• Przeglądy oparte na dowodach potwierdzają zalecenie stosowania 38-procentowego diaminofluorku srebra do zatrzymania ubytków próchnicowych w zębach mlecznych w ramach kompleksowego programu leczenia próchnicy.</li> </ul>
<p><b>American Dental Association, (ADA b)<sup>52</sup>, 2013</b></p> <p>AGREE II D3: 39,6%</p>	<p><b>Rekomendacje kliniczne dotyczące roli fluorków w zapobieganiu próchnicy</b></p> <p>Fluor jako podstawowy czynnik stosowany w prewencji próchnicy, na powierzchni zębów wykazuje działanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zahamowanie demineralizacji szkliwa zębów;</li> <li>• zwiększenie remineralizacji szkliwa zębów przed rozwojem ubytków;</li> <li>• hamowanie aktywności enzymatycznej bakterii krogienych.</li> </ul> <p>Zgodnie z rekomendacjami istnieją silne dowody związane z interwencjami:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stosowanie lakierów fluorkowych 2,26% - u dzieci w wieku poniżej 6 roku życia (zęby mleczne) co 3 – 6 miesięcy oraz u dzieci w wieku 6 – 18 lat (uzębienie mieszane), również co 3 – 6 miesięcy;</li> <li>• profesjonalnie aplikowane żele fluorkowe 1,23% (APF) – stosowane u dzieci w wieku 6 – 18 lat (uzębienie mieszane), aplikacja przez ±4 minuty, co 3 – 6 miesięcy;</li> <li>• płukanki do ust zawierające 0,09% fluorków – u dzieci w wieku 6 – 18 lat (uzębienie mieszane), stosowane przynajmniej raz w tygodniu.</li> </ul>
<p><b>Polskie Towarzystwo Stomatologii</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• U dzieci z niskim ryzykiem próchnicy zaleca się podstawową profilaktykę fluorkową – dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem, opcjonalnie suplementację endogenną oraz skuteczne usuwanie płytki nazębnej i kariostatyczne nawyki dietetyczne. Wysokie/umiarkowane ryzyko próchnicy jest wskazaniem do wzmocnionej profilaktyki fluorkowej – domowej i/lub profesjonalnej.</li> <li>• Obok prawidłowej diety i higieny jamy ustnej stosowanie środków zawierających związku fluoru pozostaje podstawową metodą zapobiegania próchnicy zębów. Pojedynczy związek fluoru w profilaktyce erozji ma ograniczoną skuteczność, jednak połączenie fluoru z poliwalentnymi jonami metali i niektórymi polimerami</li> </ul>

<sup>50</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient, 2020, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_behavguide.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>51</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Fluoride Therapy, 2018, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_fluoridetherapy.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_fluoridetherapy.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>52</sup> American Dental Association, Topical fluoride for caries prevention Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review, <https://jada.ada.org/action/showPdf?pii=S0002-8177%2814%2960659-0> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

Organizacja, kraj/zasięg, rok	Rekomendowane interwencje
<b>Dziecięcej, (PTSD b)<sup>53</sup>, 2022</b>  AGREE II D3: 31,3%	umożliwia uzyskanie lepszych efektów klinicznych. Najbardziej korzystne w profilaktyce erozji i erozyjnego starcia zębów są preparaty o wysokim stężeniu, kwaśnym pH, zawierające poliwalentne związki fluoru. Zaleca się stosowanie past do zębów i płynów do płukania jamy ustnej zawierających fluorek cyny lub chlorek cyny. Potencjał ochronny wzrasta podczas długotrwałego stosowania pasty z fluorkiem cyny. Alternatywnie można stosować pasty do zębów o wysokiej zawartości fluoru. Skuteczną formą profilaktyki erozji jest codzienna aplikacja żelu AmF/NaF zawierającego 1,23% F o niskim pH oraz żel zawierający fluorek cyny (II) SnF <sub>2</sub> .
<b>European Academy of Paediatric Dentistry, (EAPD d)<sup>54</sup>, 2019</b>  AGREE II D3: 38,5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dzieci w wieku 0-4 lat są narażone na rozwój próchnicy wczesnego okresu dzieciństwa, stosowanie u nich profilaktyki fluorkowej musi być prowadzone ze szczególną uwagą ze względu na niewystarczającą kontrolę odruchu polykania u dzieci oraz ryzykiem fluorozoy.</li> <li>• W przypadku stosowania fluorku w połączeniu z innymi nośnikami fluorku należy wziąć pod uwagę skumulowaną ekspozycję na fluor w przypadku dzieci w wieku poniżej 6 lat.</li> <li>• Na profilaktykę fluorkową składają się:             <ul style="list-style-type: none"> <li>· fluoryzacja wody;</li> <li>· fluoryzacja mleka, soli oraz tabletki/pastyłki do ssania i krople zawierające fluorki – Mleko fluorowane i sól fluoryzowana mogą być częścią społecznych programów zdrowotnych w grupach docelowych o wysokim rozpowszechnieniu próchnicy i niskim przestrzeganiu zasad szczotkowania zębów pastą fluoryzowaną na obszarach bez fluoryzacji wody (stopień zalecenia: warunkowy). Tabletki/ pastylki do ssania i krople z fluorem można rozważyć indywidualnie u dzieci z grupy wysokiego ryzyka próchnicy (stopień zalecenia: warunkowy), ale pierwszą opcją byłaby poprawa jakości szczotkowania zębów lub stosowanie pasty zawierającej fluor o wyższym stężeniu.</li> <li>· żele, płyny do płukania oraz lakiery fluorkowe: żele (do użytku profesjonalnego; 5000–12 300 ppm F) oraz płukanki (domowe lub do użytku w szkołach: codziennie: 0,05% NaF (225 ppm F), co tydzień: 0,2% NaF (900 ppm F)) - nie stosować u dzieci &lt;6 lat, ponieważ stosunek korzyści do ryzyka przemawia na korzyść ryzyka związanego z niebezpieczeństwem poknięcia żelu lub płukanki; lakiery (do użytku profesjonalnego; zazwyczaj 22 600 ppm F): powinny być stosowane w profilaktyce próchnicy zębów mlecznych i stałych, są jedynymi środkami miejscowymi o wysokiej zawartości fluorku, który może być stosowany w przedszkolu, do stosowania 2–4 razy w roku.</li> <li>· pasta z fluorkiem: stosowanie pasty z fluorkiem dwa razy dziennie w połączeniu z instruktażem higieny jamy ustnej jest podstawą każdego programu profilaktycznego dla dzieci, niezależnie od ryzyka próchnicy. Dla dzieci w wieku 2-6 lat odpowiednią ilością jest objętość ziarna groszku, szczotkowanie powinno się odbywać dwa razy dziennie pod nadzorem rodziców z pastą ze stężeniem 1 000 ppm F.</li> </ul> </li> </ul>

Źródło: opracowanie własne AOTMIT.

### Podsumowanie zaktualizowanych wytycznych:

Wytyczne wskazują na konieczność prowadzenia profilaktyki próchnicowej u dzieci, w tym u dzieci w 3. roku życia. Jako podstawową metodę profilaktyki próchnicowej wymienia się higienę jamy ustnej obejmującą szczotkowanie zębów dwa razy dziennie. Wskazano także na konieczność dokonywania oceny ryzyka próchnicy u dzieci, oraz dodatkowo na późniejszą kontrolę powstających zmian próchnicowych. Dodatkowo zalecana jest edukacja rodziców i samych dzieci odnośnie higieny jamy ustnej, a także porady czy konsultacje dietetyczne. Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym zgodnie z rekomendacjami powinna się odbyć w pierwszym roku życia dziecka, najlepiej po wyrżnięciu się pierwszego zęba mlecznego, a kolejne co ok. 6 miesięcy lub w zależności od ryzyka próchnicy u danego pacjenta. Wśród zabiegów profilaktycznych wykonywanych w gabinetach stomatologicznych u dzieci w wieku 3 lat rekomendowane są: uszczelnianie bruzd oraz profilaktyka fluorkowa. Dla dzieci niezależnie od wieku, w tym również dzieci w 3. roku życia, rekomendowaną profilaktyką fluorkową jest picie fluorowanej wody, stosowanie fluorowanych past do zębów czy lakierowanie zębów lakierami zawierającymi fluorki co 3 – 6 miesięcy. Jednocześnie, w trakcie kontrolnych wizyt stomatologicznych zlecane jest dokonywanie oceny stanu zgryzu, uzębienia i jego funkcjonowania, a także identyfikacja i eliminacja szkodliwych nawyków, takich jak ssanie smoczków czy kciuka.

### 4.3.2. Uzasadnienie i opis wybranych technologii alternatywnych

W wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego znaleźć można profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dzieci w 2 i 4 r.ż. W wykazie brakuje analogicznego świadczenia dla dzieci w 3 r.ż. Biorąc powyższe pod uwagę można stwierdzić, że brak jest świadczeń alternatywnych dla przedmiotowego świadczenia.

<sup>53</sup> Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej, Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych – rekomendacje Polskich Ekspertów. Aktualizacja zaleceń: Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci, młodzieży – rekomendacje Polskich Ekspertów, 2022, [https://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2023/02/ns\\_2022\\_035-059F.pdf](https://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2023/02/ns_2022_035-059F.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>54</sup> European Academy of Paediatric Dentistry, Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document, 2019, [https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD\\_Fluoride\\_Guidelines\\_2019.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD_Fluoride_Guidelines_2019.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

## 5. Analiza skuteczności i bezpieczeństwa

### 5.1. Opis metodyki

W celu odnalezienia badań pierwotnych i wtórnych dotyczących przeprowadzenia profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia, przeprowadzono przegląd następujących medycznych baz informacji Medline (przez PubMed), Embase (przez Ovid) oraz Cochrane Library. Przeszukania źródeł informacji dokonano w dniach 20.04.2023 r. i 24.04.2023 r. Zastosowana w bazie strategia wyszukiwania została przedstawiona w załączniku 10.1. Struktura zastosowanych kwerend była dostosowana do ocenianego problemu decyzyjnego. Posługiwano się słowami kluczowymi ograniczającymi wyniki wyszukiwania względem populacji i interwencji, łącząc kwerendy odpowiednimi operatorami logicznymi Boole'a. Wyników wyszukiwania nie ograniczono względem komparatora i ocenianych punktów końcowych. Prace prowadzono dwuetapowo, najpierw dokonano selekcji badań po tytułach i abstraktach, a następnie w oparciu o pełne teksty publikacji. Selekcja abstraktów została przeprowadzona przez dwóch analityków niezależnie, po czym drogą konsensusu zakwalifikowano ostatecznie prace do analizy. Do przeglądu włączano publikacje spełniające predefiniowane kryteria włączenia, przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 4. Kryteria selekcji publikacji

Parametr	Opis
(P) Populacja	dzieci w wieku 3 lat
(I) Interwencja	profilaktyka stomatologiczna (wizyta adaptacyjna; kontrola higieny jamy ustnej; ocena stanu uzębienia; profilaktyka ortodontyczna; profilaktyka próchnicy, w tym profilaktyka fluorkowa)
(C) Komparator	nie ograniczono
(O) Punkty końcowe	nie ograniczono
(S) Typ badań	publikacje pełnotekstowe, wykluczano opinie ekspertów oraz badania typu case-study lub case-series publikacje opublikowane od 2017 r. do 2023 r.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

W wyniku przeprowadzonego przeglądu systematycznego odnaleziono 432 publikacje spełniające kryteria wyszukiwania. Na podstawie abstraktów stwierdzono, że kryteria włączenia do przeglądu spełnia 12 publikacji. Ostatecznie do oceny zakwalifikowano 1 pozycję.

### 5.2. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do przeglądu

W Tabeli 4 przedstawiono charakterystykę i wyniki badań włączonych do przeglądu.

Tabela 5. Charakterystyka badań włączonych do przeglądu systematycznego

Badanie	Metodyka	Opis kluczowych wyników i wniosków
<p><b>Chen 2020</b></p> <p><b>Źródła finansowania:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- the Institutional Review Board of The University of Hong Kong/ Hospital Authority Hong Kong West Cluster (UW17-176)</li> <li>- the Seed Fund for Basic Research (201810159024)</li> </ul>	<p><b>Cel:</b></p> <p>Porównanie skuteczności 25% roztworu AgNO<sub>3</sub>, a następnie 5% lakieru NaF z fTCP (ang. functionalized tricalcium phosphate, funkcjonalny fosforan trójwapniowy), ze skutecznością 25% roztworu AgNO<sub>3</sub>, a następnie 5% lakieru NaF w zatrzymywaniu próchnicy zębiny u dzieci w wieku przedszkolnym, przy stosowaniu półrocznym.</p> <p><b>Hipoteza zerowa</b> zakładała, że wśród dzieci w wieku przedszkolnym nie będzie różnicy w skuteczności zatrzymywania próchnicy przy półrocznym stosowaniu 25% roztworu AgNO<sub>3</sub>, a następnie 5% lakieru NaF z fTCP i bez fTCP.</p> <p><b>Metodyka:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- badanie RCT,</li> <li>- podwójnie zaślepienie,</li> <li>- dwuramienne.</li> </ul> <p><b>Populacja:</b></p> <p>Dzieci w wieku przedszkolnym, które:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- miały 3 lata i pisemną zgodę rodziców,</li> </ul>	<p>Zrekrutowano łącznie 408 3-letnich dzieci (198 chłopców, 49%), po 204 w każdej grupie terapeutycznej. Średnia (SD) liczba czynnych próchnicznych powierzchni zębów na dziecko wynosiła 4,3 (3,9) w grupie A (bez fTCP) i 4,7 (4,6) w grupie B (z fTCP; test t, P = 0,420). Grupa A miała 881 powierzchni zębów z czynną próchnicą, a grupa B - 950. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami pod względem pochodzenia socjodemograficznego dzieci, zachowań związanych ze zdrowiem jamy ustnej oraz cech jamy ustnej (test X<sup>2</sup> i test t, P&gt;0,05).</p> <p><b>Wyniki:</b></p> <p>Łącznie 356 dzieci z 1607 powierzchniami zębów pozostało w badaniu po 24. miesiącach obserwacji. Wskaźnik rezygnacji uczestników wyniósł 12,7%, a odsetek rezygnacji powierzchniowej zęba 12,2%. Głównym powodem utraty obserwacji było przeniesienie do szkoły (46,1%). Nie stwierdzono istotnej różnicy między grupami dla wskaźnika rezygnacji uczestników (test X<sup>2</sup>, P = 0,235) i wskaźnika rezygnacji powierzchniowej (test X<sup>2</sup>, P = 0,241). W 24-miesięcznym badaniu dzieci otrzymały 4 zaplanowane zabiegi (początkowe i kontrolne w 6., 12. i 18. miesiącu). Wewnętrzna wiarygodność oceny zatrzymania próchnicy przez badacza na początku badania oraz po 6., 12., 18. i 24.</p>

Badanie	Metodyka	Opis kluczowych wyników i wniosków
	<p>- były ogólnie zdrowe, - miały co najmniej 1 powierzchnię zęba z aktywną próchnicą zębiny.</p> <p><b>Kryteria wykluczenia:</b> Dzieci, które: - nie współpracowały podczas badania stomatologicznego, - miały poważne choroby ogólnoustrojowe i/lub przyjmowały długotrwałe leki.</p> <p><b>Liczba pacjentów:</b> Zrekrutowano łącznie 408 3-letnich dzieci (198 chłopców, 49%), po 204 w każdej grupie terapeutycznej. Łącznie 356 dzieci pozostało w badaniu po 24. miesiącach obserwacji.</p> <p><b>Interwencja:</b> Grupa B: aplikacja 25% roztworu AgNO<sub>3</sub>, a następnie 5% lakier NaF z fTCP co pół roku.</p> <p><b>Komparator:</b> Grupa A: aplikacja 25% roztworu AgNO<sub>3</sub>, a następnie lakier 5% NaF co pół roku.</p> <p><b>Punkty końcowe:</b> Liczba zatrzymanych powierzchni próchnicowych i wskaźniki zatrzymania próchnicy (poziom powierzchni) w 6., 12., 18. i 24. miesiącu badania według grup badawczych.</p> <p>Pierwszorzędownym punktem końcowym był stan powierzchni zębów objętych próchnicą (zatrzymany lub aktywny).</p> <p><b>Ograniczenia:</b> Nie wskazano.</p>	<p>miesiącach obserwacji wynosiła odpowiednio 1; 0,97; 0,88; 0,97 i 0,86 (statystyka k Cohena).</p> <p>W ocenie 24-miesięcznej średnia (SD) liczba zatrzymanych próchnicznych powierzchni zębów na dziecko w grupie A (bez fTCP) wyniosła 1,8 (2,2), natomiast w grupie B (z fTCP) 2,6 (3,3). Grupa B miała znacznie wyższą średnią liczbę zatrzymanych próchnicznych powierzchni zębów na dziecko niż grupa A w 12-, 18- i 24-miesięcznym okresie obserwacji (test t, odpowiednio P=0,049, 0,008 i 0,003). Na poziomie powierzchni zęba wskaźnik zahamowania próchnicy wyniósł 42,1% dla grupy A (bez fTCP) i 56,7% dla grupy B (z fTCP) w badaniu 24-miesięcznym. Grupa B wykazała również istotnie wyższy wskaźnik zatrzymania próchnicy niż grupa A po 12., 18. i 24. miesiącach obserwacji (test X<sup>2</sup>, P = 0,001, P&lt;0,001 i P&lt;0,001). Grupa B miała znacznie wyższe wskaźniki zatrzymania próchnicy niż grupa A w różnych lokalizacjach zębów i typach powierzchni zębów (test X<sup>2</sup>, P&lt;0,05).</p> <p>W ostatecznym modelu znaleziono 5 czynników ryzyka, które mają wpływ na zatrzymanie próchnicy. Powierzchnie zębów z aktywną próchnicą leczone w grupie B (z fTCP) miały nieco większe szanse na zatrzymanie niż te leczone w grupie A (bez fTCP; OR=1,91; 95% CI: 1,01-3,60; p = 0,046). Zmiany bez pokrycia płytki nazębnej, na powierzchniach policzkowych/językowych oraz na zębach przednich miały stosunkowo większą szansę na zatrzymanie (p&lt;0,001). Dzieci pochodzące z rodzin o średnich dochodach miały stosunkowo mniejsze szanse na zatrzymanie próchnicy (p&lt;0,001). Gdy inne czynniki ryzyka były utrzymywane na stałym poziomie, przewidywane prawdopodobieństwo zatrzymania próchnicy dla grupy A i grupy B wynosiło odpowiednio 0,656 i 0,500 (P=0,046). Średnia (SD) liczba rekrutowanych zębów, które stały się martwe na dziecko w 24-miesięcznej ocenie, wynosiła 0,35 (0,87) w grupie A i 0,25 (0,80) w grupie B (test t, P = 0,238). To badanie nie wykazało również żadnych znaczących działań niepożądanych, w tym nudności, wymiotów, hospitalizacji i chorób ogólnoustrojowych.</p> <p><b>Wnioski autorów:</b> Miejscowe stosowanie 25% roztworu AgNO<sub>3</sub>, a następnie 5% lakieru NaF z fTCP jest bardziej skuteczne w zatrzymywaniu próchnicy zębiny w zębach mlecznych w porównaniu z zastosowaniem 25% roztworu AgNO<sub>3</sub>, a następnie innego 5% lakieru NaF bez fTCP. Lokalizacja zmian próchnicowych, dochód rodziny i płytka nazębna na zmianach również wpływają na zatrzymanie próchnicy.</p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie: Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Randomized Clinical Trial on Sodium Fluoride with Tricalcium Phosphate. J Dent Res. 2021 Jan;100(1):66-73., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7754823/> [data dostępu: 26.04.2023 r.]



## 6. Analiza ekonomiczna

W niniejszym opracowaniu odstąpiono od przeprowadzenia formalnej analizy ekonomicznej z uwagi na brak dostępnych dowodów naukowych oraz brak empirycznych danych umożliwiających ocenę zasadności przeprowadzenia profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia. Jednocześnie, analiza wymagałaby przyjęcia szeregu założeń dotyczących ewentualnych efektów klinicznych ocenianej technologii w dłuższym horyzoncie czasowym. Dodatkowo oceniana interwencja jest elementem wieloetapowego procesu działań profilaktycznych rozłożonego na kolejne lata i praktycznie niemożliwym jest ocenienie efektów zdrowotnych tylko jednego z wielu jego działań. Wobec powyższego oraz ze względu na relatywnie niski koszt jednostkowy technologii, w opinii analityków Agencji, na chwilę obecną, dostępnych jest zbyt mało danych, aby móc przeprowadzić wiarygodne oszacowania w ramach analizy ekonomicznej.

## 7. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia

### 7.1. Aktualny stan finansowania ze środków publicznych w Polsce

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego<sup>55</sup> w ramach:

- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w dentobusie;
- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole

realizowane jest świadczenie gwarantowane „Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci” (kod ICD-9: 23.06). Zgodnie z rozporządzeniem jest ono udzielane bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi i dotyczy pierwszej wizyty małych dzieci (do ukończenia 6. roku życia(r.ż.)).

Ponadto w ramach:

- profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. r.ż.;
- profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. r.ż. udzielanych w dentobusie;
- profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. r.ż. udzielanych w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole

udzielane jest świadczenie „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia” (kod ICD-9: 23.1013) obejmujące:

1. Wizyta adaptacyjna – przysługuje w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystano świadczenia wcześniej).
2. Kontrola higieny jamy ustnej (badanie kontrolne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej i oceną stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw dla zębów mlecznych).
3. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia oraz wyrzynania zębów obejmuje:
  - sprawdzenie liczby zębów oraz przebiegu linii pośrodkowej;
  - sposób zwierania siekaczy;
  - sprawdzenie toru oddychania;
  - sprawdzenie występowania nawyków.
4. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu – profilaktyka ortodontyczna. Pouczenie o dbałości oddychania przez nos, o wprowadzaniu pokarmów o stałej konsystencji, odzwyczajaniu od nawyków.
5. Profilaktyka profesjonalna próchnicy, w tym profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań.

Profilaktycznymi świadczeniami objęta jest także populacja pediatryczna w 6., 9., 12. miesiącu życia oraz 2., 4., 5., 6., 7., 10., 12., 13., 16. i 19. roku życia (r.ż.). Wśród świadczeń gwarantowanych nie ma obecnie świadczenia obejmującego profilaktykę stomatologiczną lub wizytę adaptacyjną dla dzieci w 3. r.ż.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia świadczenie gwarantowane „Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci” może być rozliczone w ramach następujących zakresów świadczeń:

- świadczenia ogólnostomatologiczne,
- świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.,
- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym,
- świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS,

<sup>55</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. 2021 poz. 2148 z późn.zm.

- świadczenia udzielane w dentobusie,
- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie szkolnym;

natomiast „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia” w ramach:

- świadczenia ogólnostomatologiczne,
- świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.,
- świadczenia udzielane w dentobusie,
- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie szkolnym.<sup>56</sup>

**Tabela 6. Wartość punktowa wizyty adaptacyjnej oraz świadczeń profilaktycznych dla dzieci**

ICD-9-CM	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Wartość punktowa*
23.06	5.13.00.2306000	Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci	11
23.1009	5.13.00.0000001	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 6. miesiącu życia	15
23.1010	5.13.00.0000002	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 9. miesiącu życia	18
23.1011	5.13.00.0000003	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 12. miesiącu życia	26
23.1012	5.13.00.0000004	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 2. roku życia	62
23.1013	5.13.00.0000005	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia	62
23.1014	5.13.00.0000006	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 5. roku życia	62
23.1015	5.13.00.0000007	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 6. roku życia	62
23.1016	5.13.00.0000008	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 7. roku życia	44
23.1017	5.13.00.0000009	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 10. roku życia	44
23.1018	5.13.00.0000010	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla młodzieży w 12. roku życia	44
23.1019	5.13.00.0000011	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla młodzieży w 13. roku życia	44
23.1020	5.13.00.0000012	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla młodzieży w 16. roku życia	44
23.1021	5.13.00.0000013	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla młodzieży w 19. roku życia	44

\* Współczynnik korygujący wycenę punktową świadczeń: 1,5723.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie Zarządzenia Nr 60/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne

Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 5 czerwca 2023 r. w sprawie rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej

Liczbę pacjentów oraz liczbę zrealizowanych dla nich wybranych świadczeń stomatologicznych wraz z ich wartością w latach 2019-2021 przedstawia Tabela 7. Wśród analizowanych świadczeń największą popularnością wśród pacjentów cieszy się profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia. Na przestrzeni analizowanych lat najmniejszą liczbą pacjentów i zrealizowanych dla nich świadczeń charakteryzował się rok 2020. Można domniemywać, że było to spowodowane rozpoczynającą się wówczas pandemią COVID-19 i związanymi z nią restrykcjami. Liczbę zrealizowanych świadczeń w rozbiciu na poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ przedstawia Tabela 8.

**Tabela 7. Liczba pacjentów, liczba zrealizowanych dla nich wybranych świadczeń stomatologicznych oraz ich wartość w latach 2019-2021**

Produkt rozliczeniowy	Nazwa świadczenia	2019			2020			2021		
		liczba pacjentów	liczba świadczeń	wartość świadczeń	liczba pacjentów	liczba świadczeń	wartość świadczeń	liczba pacjentów	liczba świadczeń	wartość świadczeń
5.13.00.000004	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 2. roku życia	7 230	7 281	680 971	4 393	4 428	404 057	6 172	6 242	585 854
5.13.00.000005	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia	29 210	29 766	2 832 655	17 622	17 789	1 661 380	26 751	27 165	2 610 095
5.13.00.2306000	Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci	20 653	20 792	329 127	11 298	11 341	188 355	15 893	15 953	272 310

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ.

<sup>56</sup> Zarządzenie Nr 60/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne

**Tabela 8. Liczba zrealizowanych wybranych świadczeń stomatologicznych w poszczególnych województwach w latach 2019-2021**

OW NFZ	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 2. roku życia			Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia			Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Dolnośląski	372	212	308	1 747	924	1 401	1 313	781	936
Kujawsko-Pomorski	389	204	300	1 969	930	1 881	751	419	579
Lubelski	612	335	499	1 744	1 053	1 910	1 481	925	1 194
Lubuski	109	46	38	629	162	381	337	169	221
Łódzki	577	359	571	2 432	1 258	1 995	1 009	601	783
Małopolski	552	338	436	3 006	1 598	2 477	1 888	1 016	1 508
Mazowiecki	813	524	683	2 478	1 498	1 976	2 362	1 075	1 812
Opolski	132	104	128	519	496	970	360	165	323
Podkarpacki	369	252	336	2 024	1 267	2 138	1 617	903	1 295
Podlaski	510	331	525	1 507	1 306	1 779	1 228	656	886
Pomorski	257	178	227	1 418	597	868	930	658	896
Śląski	878	478	760	4 514	2 741	4 090	2 580	1 280	1 833
Świętokrzyski	175	100	153	1 021	546	625	707	343	476
Warmińsko-Mazurski	218	161	249	965	598	1 149	907	569	851
Wielkopolski	925	509	739	3 012	2 186	2 727	2 044	1 087	1 539
Zachodniopomorski	393	297	290	781	629	798	1 278	694	821

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ.

Liczbę świadczeniodawców realizujących wybrane świadczenia stomatologiczne w poszczególnych województwach w latach 2019-2021 przedstawia Tabela 9. Na przestrzeni badanych lat liczba świadczeniodawców dla każdego analizowanego świadczenia zwiększała się.

**Tabela 9. Liczba świadczeniodawców realizujących wybrane świadczenia stomatologiczne w poszczególnych województwach w latach 2019-2021**

OW NFZ	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 2. roku życia			Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia			Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Dolnośląski	81	60	75	124	109	115	205	171	162
Kujawsko-Pomorski	73	63	61	96	97	87	126	100	100
Lubelski	122	100	103	163	148	158	252	200	208
Lubuski	23	18	17	35	28	31	71	42	45
Łódzki	90	66	77	127	120	120	159	129	129
Małopolski	134	103	112	179	174	178	207	168	194
Mazowiecki	139	125	139	178	168	174	266	225	231
Opolski	30	28	27	45	39	38	75	50	61
Podkarpacki	102	90	95	162	143	150	220	170	180
Podlaski	52	52	48	70	70	62	121	108	109
Pomorski	47	41	48	71	59	62	130	113	116
Śląski	135	132	141	199	198	196	330	252	282

OW NFZ	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 2. roku życia			Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia			Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Świętokrzyski	51	41	44	78	61	70	118	95	92
Warmiński o- Mazurski	55	56	52	98	82	81	148	106	108
Wielkopolski	152	134	153	215	201	203	286	232	243
Zachodni opomorski	69	61	57	87	82	78	161	128	121
<b>Łącznie</b>	<b>1 355</b>	<b>1 170</b>	<b>1 249</b>	<b>1 927</b>	<b>1 779</b>	<b>1 803</b>	<b>2 875</b>	<b>2 289</b>	<b>2 381</b>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ.

Zgodnie z danymi NFZ z lat 2019-2021 (Tabela 10) pierwsza stomatologiczna wizyta adaptacyjna najczęściej miała miejsce kiedy dziecko miało 2 lata.

**Tabela 10. Liczba zrealizowanych świadczeń pt. „Wizyta adaptacyjna” w latach 201-2021 w podziale na wiek pacjenta**

Wiek	Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci		
	Liczba świadczeń		
	2019	2020	2021
0	435	247	363
1	2 745	1 493	2 001
2	7 279	4 066	5 840
3	4 912	2 710	3 672
4	3 487	1 725	2 567
5	1 832	983	1 425
6	54	65	40

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ.

#### Uwagi Analityków:

- *Adaptacja pacjenta rozumiana jako zapoznanie małego dziecka z gabinetem, sprzętem stomatologicznym a także z samym lekarzem stanowi element każdego profilaktycznego świadczenia stomatologicznego, niezależnie od tego czy dziecko jest na wizycie po raz pierwszy czy kolejny. Natomiast jest ona określana jako wizyta adaptacyjna i stanowi składową świadczeń profilaktycznych rozliczanych dla dzieci w wieku 12 miesięcy, 2, 4 i 5 lat, przysługując w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystało świadczenia wcześniej). Niezależnie od tego funkcjonuje w koszyku świadczeń gwarantowanych do odrębnego rozliczania świadczenie „Wizyta adaptacyjna”, która dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci (do ukończenia 6 r.ż.) i jest udzielana bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi. Wydaje się zasadne uporządkowanie nazewnictwa w tym zakresie.*
- *Obecnie gwarantowanymi profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi objęta jest populacja pediatryczna w 6., 9., 12. miesiącu życia oraz 2., 4., 5., 6., 7., 10., 12., 13., 16. i 19. roku życia. W wykazie świadczeń gwarantowanych brakuje świadczeń dedykowanych dzieciom w wieku 3, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 18 lat, jednak plan diagnostyczny EAPD<sup>57</sup>, określający minimalną liczbę wizyt kontrolnych w przypadku próchnicy wskazuje wizyty: wraz z wyrżnięciem 1 zęba (nie później niż 1 r.ż.); 11-18 m.ż.; 20-30 m.ż.; 26 m.ż.; 4,5 r.ż.; przed 6 r.ż.; 18 miesięcy po zetknięciu drugiego mlecznego trzonowca i pierwszego stałego trzonowca; 10-12 r.ż.; 18 miesięcy po zetknięciu pierwszego i drugiego stałego zęba trzonowego. Wytyczne nie wspominają o częstotliwości wizyt profilaktycznych dla dzieci starszych i młodzieży. Ww. plan w znacznej mierze pokrywa się z obecnie finansowanymi profilaktycznymi świadczeniami dla dzieci. Należy jednak zaznaczyć, że wiek zębowy dziecka nie zawsze pokrywa się z jego wiekiem metrykalnym,*

<sup>57</sup> European Academy of Paediatric Dentistry, Best clinical practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document, 2016, [https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD\\_ECC\\_Management\\_2016.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD_ECC_Management_2016.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

a czas wyżywania się poszczególnych zębów może być różny. Dlatego po stronie lekarza pozostaje decyzja czy pacjent będzie wymagał w tym czasie dodatkowych wizyt. Jednocześnie wytyczne IOHSGI<sup>58</sup>, wskazują, że u dzieci w wieku szkolnym, przedziały czasowe między kolejnymi wizytami profilaktycznymi nie powinny przekraczać 12 miesięcy.

- Obok świadczeń profilaktycznych, dedykowanym pacjentom ze zdrowymi zębami, niezajętymi próchnicą, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego<sup>59</sup> w ramach:

- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w dentobusie;
- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole;

realizowane jest świadczenie gwarantowane „Badanie lekarskie kontrolne” (kod ICD-9: 23.0102). Zgodnie z rozporządzeniem jest ono udzielane 3 razy w roku kalendarzowym. W przeciwieństwie do świadczeń profilaktycznych, jest ono już dedykowane kontroli i leczeniu zębów, a nie zapobieganiu próchnicy. Częstotliwość badań pokrywa się z zaleceniami AAPD<sup>60</sup> w których wizyty kontrolne dla dzieci w wieku 0-5 lat zależą od zaawansowania próchnicy tj. co 6 – 12 miesięcy dla niskiego ryzyka, co 6 miesięcy dla umiarkowanego ryzyka, co 3 miesiące dla wysokiego ryzyka.

Pomimo zapewnienia finansowania świadczeń profilaktycznych i leczniczych z zakresu stomatologii dla dzieci, u trzyletniego dziecka próchnicą objętych jest średnio 1,85 zęba, u pięcioletniego - średnio 4,73 zęba.<sup>61</sup> Taki stan uzębienia dzieci może być skutkiem nierealizowania ww. świadczeń. Jednocześnie część dzieci może być objęta prywatną opieką stomatologiczną.

## 7.2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

W ramach oszacowania wpływu na budżet płatnika publicznego finansowania w ramach świadczeń gwarantowanych ocenianego świadczenia przeprowadzono obliczenia, w ramach których dla wszystkich wariantów uwzględniono koszt świadczenia na poziomie 97,5 zł wyliczony jako iloczyn wartości punktowej, obecnie finansowanego przez NFZ, profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 2. i 4 roku życia (62 pkt.) oraz współczynnika korygującego dla tych świadczeń (1,5).

Wyliczeń dokonano w trzech wariantach:

- **Wariant I** – bazując na danych przedstawionych w KPZ, tj.:
  - populacja dziecięca w wieku 3 lat – 420 tys.
  - odsetek osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych dla populacji ogólnej – 40%.

Roczne wydatki płatnika publicznego w wariantcie I wyniosłyby ok. 16,4 mln zł (Tabela 11).

Tabela 11. Wydatki płatnika publicznego – wariant I

Populacja 3-latków	420 000
Odsetek osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych wśród populacji ogólnej [%]	40
Populacja 3-latków, którzy skorzystają ze świadczenia	168 000
Koszt świadczenia [PLN]	97,5
<b>Wydatki płatnika publicznego [PLN]</b>	<b>16 380 000</b>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie NFZ i KPZ.

<sup>58</sup> Irish Oral Health Services Guideline Initiative, Oral Health Assessment Best practice guidance for providing an oral health assessment programme for school-aged children in Ireland, 2012, <https://www.ucc.ie/en/media/research/ohsrc/OralHealthAssessmentFull.pdf> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>59</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. 2021 poz. 2148 z późn.zm.

<sup>60</sup> American Academy of Pediatric Dentistry, Caries-Risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents, 2022, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_cariesriskassessment.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_cariesriskassessment.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

<sup>61</sup> red. Olczak-Kowalczyk D., Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020, Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia populacji polskiej, Podsumowanie wyników badań z lat 2016-2019, Warszawa 2021



Uwagi Analityków:

Informacje przedstawione w KPZ dotyczące populacji i odsetka osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych zostały zaczerpnięte z danych GUS z 2014 roku. Ze względu na nieaktualne dane, wyliczenia dokonane na ich podstawie, mogą w niewiarygodny sposób oddawać stan faktyczny i być przeszacowane.

- **Wariant II** – bazując na danych GUS<sup>62,63</sup> tj.:
  - populacja dziecięca w wieku 3 lat, 2 lat i 1 roku (stan na 31.12.2022 r.) – odpowiednio 375 326, 349 957, 334 114.
  - odsetek wykonanych porad stomatologicznych dla dzieci w wieku 0-17 lat – 27,4%.

Wydatki płatnika publicznego w wariantcie II wyniosłyby w pierwszym roku – ok. 10,0 mln zł, w drugim roku – ok. 9,3 mln zł, w trzecim roku – ok. 8,9 mln zł (Tabela 12).

Tabela 12. Wydatki płatnika publicznego – wariant II

	Rok I	Rok II	Rok III
Populacja 3-latków	375 326	349 957	334 114
Odsetek udzielonych porad stomatologicznych wśród nieletnich [%]	27,4		
Populacja 3-latków, którzy skorzystają ze świadczenia	102 839	95 888	91 547
Koszt świadczenia [PLN]	97,5		
Wydatki płatnika publicznego [PLN]	10 026 803	9 349 080	8 925 833

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie NFZ i GUS.

- **Wariant III** – bazując na danych GUS<sup>64,65,66,67</sup> i NFZ<sup>68</sup>, tj.:
  - populacja dziecięca w wieku 3 lat, 2 lat i 1 roku (stan na 31.12.2022 r.) – odpowiednio 375 326, 349 957, 334 114.
  - populacja dziecięca w wieku 2 i 4 lat (stan na 31.12.2019 r.) – odpowiednio 404 307, 373 308.
  - populacja dziecięca w wieku 2 i 4 lat (stan na 31.12.2020 r.) – odpowiednio 388 334, 386 906.
  - populacja dziecięca w wieku 2 i 4 lat (stan na 31.12.2021 r.) – odpowiednio 374 820, 411 497.
  - liczba zrealizowanych profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dziecka w wieku 2 lat i 4 lat w 2019 roku – odpowiednio 7 281, 29 766.
  - liczba zrealizowanych profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dziecka w wieku 2 lat i 4 lat w 2020 roku – odpowiednio 4 428, 17 789.
  - liczba zrealizowanych profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dziecka w wieku 2 lat i 4 lat w 2021 roku – odpowiednio 6 242, 27 165.
  - obliczono stosunek sumy świadczeń udzielonych 2- i 4-latkom do sumy populacji 2- i 4-latków – odpowiednio dla lat 2019, 2020, 2021 wyniósł on: 0,05; 0,03; 0,04.
  - ww. wyniki posłużyły do wyliczeń prawdopodobnej liczby świadczeń udzielonej w populacji 3-latków w trzech opcjach – minimalnej, średniej i maksymalnej.

Wydatki płatnika publicznego w wariantcie III wyniosłyby w pierwszym roku – ok. 1,1 – 1,8 mln zł, w drugim roku ok. 1,0 mln – 1,7 mln zł, w trzecim roku ok. 875 tys. – 1,5 mln zł (Tabela 13).

<sup>62</sup> GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1

<sup>63</sup> GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r., Warszawa, Kraków 2022

<sup>64</sup> GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1

<sup>65</sup> GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1

<sup>66</sup> GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1

<sup>67</sup> GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1

<sup>68</sup> Tabela 7. Liczba pacjentów, liczba zrealizowanych dla nich wybranych świadczeń stomatologicznych oraz ich wartość w latach 2019-2021

**Tabela 13. Wydatki płatnika publicznego – wariant III**

	Rok I			Rok II			Rok III		
	min	śr	max	min	śr	max	min	śr	max
<b>Populacja 3-latków</b>	375 326			349 957			299 315		
<b>Stosunek sumy świadczeń udzielonych 2- i 4-latkom do sumy populacji 2- i 4-latków</b>	0,03	0,04	0,05	0,03	0,04	0,05	0,03	0,04	0,05
<b>Liczba udzielonych świadczeń w populacji 3-latków</b>	11 259	15 013	18 766	10 498	13 998	17 497	8 979	11 972	14 965
<b>Koszt świadczenia [PLN]</b>	97,5								
<b>Wydatki płatnika publicznego [PLN]</b>	<b>1 097 753</b>	<b>1 463 768</b>	<b>1 829 685</b>	<b>1 023 555</b>	<b>1 364 805</b>	<b>1 705 958</b>	<b>875 453</b>	<b>1 167 270</b>	<b>1 459 088</b>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie NFZ i GUS.

### **Podsumowanie:**

Szacowania wpływu na budżet dokonano w trzech wariantach. Wykorzystano do tego celu dane z KPZ (wariant I), dane z GUS (wariant II), dane GUS i NFZ (wariant III). Roczne wydatki płatnika publicznego w wariantcie I wyniosłyby ok. 16,4 mln zł, w wariantcie II wyniosłyby w pierwszym roku – ok. 10,0 mln zł, w drugim roku – ok. 9,3 mln zł, w trzecim roku – ok. 8,9 mln zł, natomiast w wariantcie III wyniosłyby w pierwszym roku – ok. 1,1 mln – 1,8 mln zł, w drugim roku ok. 1,0 mln – 1,7 mln zł, w trzecim roku ok. 875 tys. – 1,5 mln zł. Najbardziej prawdopodobne wyniki wydaje się zostały uzyskane w wariantcie III, gdyż wykorzystano tam malejącą strukturę populacyjną 3-latków oraz historyczną realizację świadczeń stomatologicznych dla dzieci w wieku 2 i 4 lat. Przedstawione w niniejszym opracowaniu oszacowania stanowią jedynie wartości orientacyjne, co należy brać pod uwagę podczas ich interpretacji.



## 8. Opinie ekspertów i organizacji reprezentujących pacjentów

Dnia 12.05.2023 r. wystąpiono o opinię do 17 ekspertów klinicznych, z czego otrzymano 11 opinii.

Przedstawione w niniejszym rozdziale opinie ekspertów zostały przygotowane bezpłatnie, zgodnie z aktualnymi przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania przez Agencję na zlecenie Ministra Zdrowia oceny technologii medycznych.

### 8.1. Opinie ekspertów klinicznych

Tabela 14. Opinie ekspertów dotyczące finansowania ocenianej technologii medycznej

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
<p><b>prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk</b> Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>W 3. roku życia dziecko kończy wyrzynanie zębów mlecznych (średni wiek wyrżnięcia ostatniego zęba mlecznego – 31 miesięcy). Posiada więc „młode”, niedojrzałe uzębienie szczególnie podatne na próchnicę zębów. Obecnie ponad 40% dzieci w wieku 3 lat (czwarty rok życia) cierpi na próchnicę. Wizyta w 3 roku życia pozwala na wdrożenie działań profilaktycznych i rozpoznanie początkowych zmian próchnicowych umożliwiających leczenie nieinwazyjne a także na ocenę warunków zgryzowych oraz rozwoju funkcji narządu żucia (połykania, oddychania, żucia, mowy) i ewentualną wczesną interwencję terapeutyczną w przypadku nieprawidłowości.</p> <p>Wizyty w gabinecie stomatologicznym wiążą się z koniecznością wykonywania procedur wymagających współpracy dziecka. Dziecko nie jest świadome zdrowotnych korzyści i niezbędności opieki stomatologicznej. Nie czuje potrzeby leczenia i nie jest nim zainteresowane, z wyjątkiem unikania dyskomfortu i bólu. Zbudowanie relacji z dzieckiem i jego stopniowa adaptacja do środowiska stomatologicznego wymaga jak najwcześniejszego odbycia pierwszej wizyty oraz kilku regularnie odbywanych wizyt. W wieku 3 i 4 lat rozszerzają się możliwości komunikacji pozwalające na efektywne kształtowanie postawy stomatologicznej dziecka.</p>	<p>-</p>	<p>Wizyta profilaktyczna – procedura powinna być finansowana na poziomie pozostałych procedur dla dzieci w wieku przedszkolnym. Wymaga wnikliwego wywiadu z rodzicem, badania stomatologicznego obejmującego stan uzębienia, higieny jamy ustnej, dziąseł i błony śluzowej oraz warunków zgryzowych i funkcji, edukacji rodziców i dziecka, przekazania zaleceń profilaktycznych i wskazanie potrzeb leczniczych oraz zastosowania profilaktyki – oczyszczenia zębów, aplikację lakiery fluorkowego.</p> <p>Wizyta adaptacyjna wymaga wydłużonego czasu wizyty, zaangażowania całego personelu stomatologicznego (pracownika rejestracji, asystentki stomatologicznej, lekarza dentystry), znajomości psychologii dziecięcej oraz działań w trzech strefach: poznawczej – poprzez informowanie o planowanym postępowaniu w sposób dostosowany do potrzeb i możliwości dziecka, emocjonalnej – poprzez zmniejszenie lęku dziecka i behawioralnej – poprzez kształtowanie zachowań.</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
<p><b>dr n. hum. Bernadetta Izdorczyk</b>  <b>Konsultant Krajowy w dziedzinie</b>  <b>psychologii klinicznej</b></p>	<p>Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia oraz wizyta adaptacyjna dziecka w 3 i 4 roku życia – to technologie, które odnoszą się do podejmowania profilaktycznych i leczniczych działań wobec dzieci, które znajdują się w okresie wskazywanym przez psychologię rozwojową jako okres przedszkolny związany ze specyficznymi psychospołecznymi zmianami rozwojowymi przypadającymi na 3-4 rok życia i rozwoju dziecka. Ogólna dostępność dzieci w wieku przedszkolnym tj. od 3 roku życia do profilaktyki stomatologicznej z oceną medycznej zasadności - nie leży w kompetencji oceny psychologa dlatego uzasadnienie w ww. opinii odnosi się do aspektów psychologicznych, uzasadniających zasadność świadczenia gwarantowanego tj. profilaktyki stomatologicznej i wizyt adaptacyjnych dla dzieci w wieku 3-4 lat, z perspektywy specyfiki rozwoju psychospołecznego i jego roli dla adaptacji dziecka (3-4 lata) do środowiska społecznego, także w sytuacji profilaktycznych i leczniczych oddziaływań. Dziecko w początkowych i kolejnych latach okresu nazywanego przedszkolnym:</p> <p>a) cechuje się zwykle zasobem słownictwa umożliwiającym podstawową komunikację werbalną oraz zdolnością do wyobrażenia sobie stanów, których aktualnie nie widzi,</p> <p>b) cechuje się zwykle rozwijaną zdolnością do mentalizacji pozwalającą dziecku na adekwatne odczytywanie intencji innych,</p> <p>c) posiada podstawy do samoświadomości i zdolności do względnej samokontroli, co rozwija zdolności adaptacyjne oraz postawę współpracy z lekarzem stomatologiem wraz z możliwością reagowania na kontakt z osobą dorosłą. Jest to okres życia, w którym dla rozwoju funkcji psychospołecznych potrzebne jest w adaptacji dziecka do nowych (także związanych z profilaktyką zdrowotną) sytuacji społecznych, zapewnienie dziecku zaspokojenie potrzeby poczucie bezpieczeństwa. Dzieci w wieku 3-4 lat ze względu na specyfikę okresu rozwojowego</p>	<p>Z racji kompetencji zawodowych opiniuję w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej - nie posiadam kompetencji ze wskazanego obszaru medycyny, o którym mowa do oceny w ww. sprawie.</p>	<p>Ze względu na znaczenie okresu życia dla późniejszego rozwoju reakcji dziecka na sytuacje kontaktu z lekarzem stomatologiem i wykształcony wzorzec reagowania lękiem /poczuciem bezpieczeństwa w kontakcie z lekarzem oraz dostępność do profilaktyki zdrowotnej dla ogółu dzieci mogą wspierać dostępność do psychospołecznych czynników modelujących rozwój dziecka w wieku przedszkolnym oraz w kolejnych latach życia dziecka.</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
	<p>związanego z wiekiem przedszkolnym mogą ujawniać zróżnicowany poziom adaptacji do nowej sytuacji trudnej, jaką np. stanowi wizyta u stomatologa, a tym samym dzieci małe mogą prezentować różny poziom lęku stomatologicznego. Rozpoczęcie działań profilaktycznych stomatologicznych i wizyt adaptacyjnych dzieci w wieku przedszkolnym (3-4 lat) u lekarza stomatologa może stanowić czynnik minimalizujący (ograniczający), pojawiające się w późniejszych latach życia (np. okresie wczesnoszkolnym) lęki związane z wizytami u stomatologa i zabiegami stomatologicznymi, stanowiącymi z definicji sytuację trudną (stresową). Postawa dziecka małego podczas wizyty adaptacyjnej w bezpośrednim kontakcie ze stomatologiem zależy od wielu czynników, a szczególnie od specyfiki przebiegu jego dotychczasowego rozwoju psychicznego (umysłowego, emocjonalnego i społecznego), poczucia bezpieczeństwa i wsparcia rodzinnego (rodziców). Ponadto postawa dziecka wobec wizyty u stomatologa zależy od (zgodnie z teoriami uczenia się i nawyków) utrwalonego w dotychczasowym życiu dziecka wzorca reagowania i zachowania w sytuacji. Poziom doświadczanego lęku u dziecka małego w sytuacji jego kontaktu z sytuacją leczenia stomatologicznego (osoba stomatologa i jego asystentki w gabinecie stomatologicznym) jest uwarunkowana wieloma czynnikami tj. poziomem rozwoju psychicznego, umysłowego, kontaktem z sytuacją nową, trudną powiązaną często z bólem, ale też zależy od oddziaływania czynników rodzinnych (np. poziomu odczuwanej frustracji potrzeb emocjonalnych i społecznych dziecka oraz nasileniem braku poczucia bezpieczeństwa u dziecka małego np. z powodu nadmiernie lękowej postawy wychowawczej rodziców).</p>		
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak</b> <b>Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Choroba próchnicowa jest bardzo poważnym problemem zdrowotnym w Polsce. Chorobą tą są już dotknięte małe dzieci od 3 roku życia. Ubytki próchnicowe występują u ponad 50% dzieci 3 letnich. Nieleczona próchnica zębów prowadzi do ich utraty, jak również do rozwoju</p>	-	<p>Profilaktyka jest najtańszą metodą zapobiegającą próchnicy zębów. Dzięki utrzymaniu zdrowych zębów mlecznych cały układ stomatognatyczny u małego dziecka będzie rozwijała się prawidłowo.</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
	wad zgryzu- co wiąże się z bardzo kosztownym leczeniem ortodontycznym i do pogorszenia jakości życia. Celem współczesnego postępowania stomatologicznego jest utrzymanie zdrowia jamy ustnej.		
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka</b>  <b>Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Problem choroby próchnicowej zębów ma zasięg ogólnospołeczny. Zachorowalność zwiększa się wraz wiekiem osobniczym. Właściwie prowadzona profilaktyka ma udowodniony wpływ na inicjację i nasilenie choroby od dzieciństwa do okresu senioralnego.</p>	-	<p>Brak możliwości przeprowadzenia wizyty profilaktycznej w 3. roku życia stanowi istotną lukę w opiece stomatologicznej nad dzieckiem skutkującą znaczącym ograniczeniem efektów zapobiegawczych zarówno w odniesieniu do kształtowania zachowań prozdrowotnych jak i zabiegów profesjonalnych co rzutuje na stan zdrowia jamy ustnej w wieku dojrzałym.</p>
<p><b>lek. dent. Barbara Hamryszak</b>  <b>Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Bardzo ważne w profilaktyce próchnicy jest wczesne jej wykrycie oraz przekazanie rodzicom informacji dotyczących sposobu zapobiegania tej chorobie.</p>	-	<p>Próchnica wcześniej wykryta i leczona obniża koszty leczenia w wieku późniejszym, kiedy zaatakowana będzie większa ilość zębów.</p>
<p><b>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać</b>  <b>Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Fatalny stan uzębienia dzieci, szczególnie w przedziale wiekowym 2-4 roku życia, złe nawyki żywieniowe, niska świadomość rodziców na temat dbania o zdrowie jamy ustnej, brak wiedzy na temat prawidłowego oddychania, żucia, brak opieki stomatologicznej w placówkach oświatowych, ubożenie społeczeństwa.</p>	-	<p>Powinno być całkowicie finansowane ze środków publicznych, rodzice powinni być zobligowani do przestrzegania umówionych wizyt, niestawienie się na wizytę będzie skutkowało zapłatą za nieodbytą, wcześniej wyznaczoną wizytą.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada</b>  <b>Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Dziecko 3-letnie ma pełne uzębienie mleczne. Drugie zęby trzonowe mleczne, które powinny pozostać w jamie ustnej do 11-12 roku życia są świeżo wyrżnięte, a więc bardzo narażone na proces próchnicowy. Jak wynika z praktyki i badań epidemiologicznych największy wzrost zachorowania na próchnicę zębów mlecznych następuje w pierwszych 3 latach życia (19-26 miesiąc życia- tzw. pierwsze okno infekcyjności), a następnie w okresie kolejnych 2 lat czyli pomiędzy 3 a 5 rokiem życia (częstość próchnicy wzrasta o 35,6%). Jak dotąd dzieciom w 3. roku życia nie przysługują świadczenia profilaktyczne obejmujące profesjonalną profilaktykę fluorkową. Ze względu na sytuację epidemiologiczną zasadne jest wprowadzenie świadczenia profilaktycznego w 3. roku życia</p>	-	<p>Sprawą ogromnej wagi są działania profilaktyczne dotyczące zwłaszcza dzieci w wieku przedszkolnym, które są populacją najbardziej obciążoną ryzykiem zachorowalności na próchnicę o ciężkim przebiegu. Wysoka frekwencja i intensywność choroby próchnicowej wśród dzieci w wieku przedszkolnym wymaga nie tylko działań leczniczych, ale przede wszystkim intensywnych działań zapobiegawczych. Jak dotąd dzieciom w 3. roku życia nie przysługują świadczenia profilaktyczne obejmujące profesjonalną profilaktykę fluorkową. Ze względu na sytuację epidemiologiczną zasadne jest wprowadzenie świadczenia profilaktycznego w 3. roku życia obejmującego tak jak w ocenianym wniosku kompleksową ocenę narządu żucia.</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
	obejmującego tak jak w ocenianym wniosku kompleksową ocenę narządu żucia.		
<p><b>dr n. med. Jadwiga Ciepły</b>  <b>Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Próchnica zębów jest transmisyjną chorobą infekcyjną jamy ustnej. Na próchnicę ludzie są podatni przez całe życie, najczęściej jednak chorują dzieci. Progresji zmiany próchnicowej w nieodwracalną utratę tkanek twardych z powstaniem ubytku można zapobiec dzięki wdrożeniu prostych działań. Niezbędna jest profilaktyka obejmująca wiele aspektów takich jak: właściwa higiena jamy ustnej, racjonalne odżywianie, profilaktyka fluorowa indywidualna domowa (szczotkowanie zębów pastą z fluorem) jak również profesjonalna (lakierowanie zębów jedyny zabieg polecany w tym przedziale wiekowym), ocena warunków zgryzowych. U dzieci do 3. roku życia obserwuje się szczególnie szybki rozwój procesu próchnicowego, co skłoniło do wyodrębnienia jednostki chorobowej zwanej próchnicą wczesnego dzieciństwa. Dzieci w wieku 2,5 lat mają już pełne uzębienie mleczne; szkliwo tych zębów jest jednak niedojrzałe, nie w pełni zmineralizowane stąd duża podatność na proces chorobowy. Pomiędzy 19 a 31 miesiącem życia przypada tzw. pierwsze okno infekcyjności, czyli czas najintensywniejszej kolonizacji jamy ustnej przez bakterie próchnicotwórcze, a tym samym czas zwiększonej podatności na próchnicę. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne aktualnie są dedykowane dzieciom w 6, 9, 12 miesiącu życia oraz w 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 19 r. życia. Rozszerzenie tej grupy o populację 3-latków zapewni ciągłość działań profilaktycznych a tym samym podniesie ich skuteczność, wpłynie na lepszą adaptację dziecka do środowiska stomatologicznego, zwiększy regularność wizyt, pozwoli na wczesne zdiagnozowanie wad zgryzu, wad wymowy, nieprawidłowego sposobu oddychania, wprowadzenie profilaktyki ortodontycznej, a także umożliwi zastosowanie jedynej dopuszczalnej poniżej 6-go r. życia bezpiecznej i skutecznej profesjonalnej metody profilaktyki fluorowej.</p>	<p>Brak argumentów przeciw.</p>	<p>Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia powinny być finansowane ze środków publicznych; powinny być zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane.</p>



Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
<p><b>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</b>  <b>Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Mimo, że za utrzymanie stanu zdrowia wg koncepcji Lalonda system opieki zdrowotnej odpowiada tylko w 10% to niezbędne jest maksymalne jego wykorzystanie zwłaszcza dla dzieci. Obecnie również brak jest świadczeń profilaktycznych dla tej grupy wiekowej, która jest kluczowa w dalszym procesie dbania o zdrowie jamy ustnej i kształtowania postawy zdrowotnej.</p>	<p>Nie dostrzegam takich argumentów.</p>	<p>Finansowanie wszelkich programów profilaktycznych kierowanych do dzieci powinno być podstawą każdego systemu opieki zdrowotnej. Nie tylko ogranicza frekwencję chorób typowych dla wieku ale również ogranicza ich wczesne i późne negatywne skutki a co za tym idzie konieczność ich finansowania w przyszłości co jest zaletą ekonomiczną dla systemu publicznej opieki zdrowotnej. Świadczenia profilaktyczne niosą również w sobie element edukacyjny, który również wpływa pozytywnie nie tylko na pacjentów i ich opiekunów jako na jednostkę ale również na populację.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska</b>  <b>Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>W Polsce obserwowany jest jeden z najwyższych w świecie i w Europie wskaźników próchnicy u dzieci i młodzieży, dotyczy to również próchnicy wczesnego dzieciństwa (<i>Early Childhood Caries, ECC</i>) definiowanej przez American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) jako występującej u dzieci w wieku do 71 miesiąca życia, szczególnie jej ciężkiej postaci (S-ECC) występującej u dzieci poniżej trzeciego roku życia. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w 2017 roku na reprezentatywnej próbie 1638 dzieci 3-letnich w 16 województwach w Polsce wykazały, że u trzyletnich dzieci frekwencja ECC wynosi 41,1%, a S-ECC – 23,4%. Konsekwencją tego stanu jest znaczne obniżenie jakości życia tych dzieci oraz ich rodziców z powodu trudności w przyjmowaniu pokarmów, występowania przewlekłego lub ostrego bólu w następstwie powikłań w postaci zapalenia lub martwicy miazgi zębowej i ropni okołozębowych. Z powodu zniszczenia próchnicą zębów przednich u dzieci tych zaburzone są też relacje społeczne (zaburzona wymowa, brak estetyki). Przedwczesne ekstrakcje zębów mlecznych prowadzą też do powstania zaburzeń zębowo – zgryzowych po wyrznięciu zębów stałych, w konsekwencji do potrzeby leczenia ortodontycznego. Działania profilaktyczne zapobiegające chorobie próchnicowej i wadom zębowo - zgryzowym w tej grupie</p>	<p>-</p>	<p>Wnioskowana procedura bezwzględnie powinna być finansowana ze środków publicznych.</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
	dzieci powinny zapobiec temu istotnemu problemowi zdrowotnemu.		
<p><b>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka</b>  <b>Konsultant województwa mazowieckiego</b>  <b>w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>W ramach programu Ministerstwa Zdrowia pt. „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020” w 2017 roku oceniono stan zdrowia uzębienia, potrzeby w zakresie leczenia stomatologicznego i wskaźniki leczenia zachowawczego próchnicy zębów u dzieci w wieku 3 lat. Częstość występowania próchnicy zębów w tej grupie wiekowej wyniosła 41,1%. Największy wzrost występowania próchnicy odnotowuje się między 3 a 5 rokiem życia – wzrost 1,9-krotny, tj. o 35,6%. U dzieci w wieku 3 lat zębami najczęściej dotkniętym próchnicą są zęby trzonowe zuchwy (17,6%), następnie zęby sieczne szczęki (13,2%) i zęby trzonowe szczęki (13,4%). Niestety główną składową wskaźnika poziomu próchnicy zębów wyrażonego wartością wskaźnika puwz jest liczba zębów mlecznych z ubytkami próchnicowymi (pz) U dzieci w wieku 3 lat stanowi &gt;90% wartości wskaźnika puwz. Średnia liczba zębów mlecznych dotkniętych próchnicą jest bliska 2. Świadczy to o dynamicznym przebiegu choroby próchnicowej pojawiającej się w krótkim czasie po wyrznięciu zębów mlecznych. Potrzebę profilaktyki lub rutynowego leczenia stwierdza się u 41,6% 3-latków, potrzebę szybkiego leczenia u 7,3%, a potrzebę natychmiastowego leczenia z powodu bólu lub infekcji u 3%. Odsetek dzieci wymagających założenia wypełnienia na 1 powierzchni wyniósł w 2017 r. 35%, leczenia miazgi 3,7%, a wymagających ekstrakcji zęba 3,2%. Wartości wskaźnika leczenia zachowawczego zębów mlecznych wskazują na zdecydowanie niewystarczające zaspokojenie potrzeb leczniczych. Zaspokojenie potrzeb leczniczych w zakresie leczenia zachowawczego obliczane jako proporcja w/p+w wyniosło 0,04 u dzieci w wieku 3 lat. Oznacza to, iż tylko 4% zębów mlecznych z ubytkami próchnicowymi zostało wypełnionych. W programie edukacyjnym lub profilaktycznym dotyczącym zdrowia jamy</p>		<p>Wobec przedstawionych w pkt. 1 danych programu Ministerstwa Zdrowia pt. „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020” dotyczących stanu zdrowia uzębienia, potrzeb w zakresie leczenia stomatologicznego i wskaźników leczenia zachowawczego próchnicy zębów u dzieci w wieku 3 lat uważam, że wnioskowana technologia „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia” powinna być finansowana ze środków publicznych. Profilaktyczne wizyty dzieci u lekarza dentystry, finansowane przez NFZ, przysługują zdecydowanie za rzadko. Szczególnie wskazane są u dzieci z pełnym uzębieniem mlecznym w 3. roku życia, które nie mają zapewnionych dotychczas takich świadczeń, w szczególności profilaktyki profesjonalnej próchnicy, w tym profilaktyki fluorkowej. W 3. roku życia realizowane są jedynie świadczenia w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.</p>

Ekspert	Argumenty za finansowaniem ze środków publicznych	Argumenty przeciw finansowaniu ze środków publicznych	Stanowisko własne w kwestii finansowania ze środków publicznych
	ustnej w przedszkolu w badanym okresie brało udział 11.2% dzieci. Co piąty rodzic nie posiadał wiedzy na ten temat. W województwie mazowieckim jedynie 14.18% dzieci szczotkuje zęby w przedszkolu, a u 30.60% dzieci stosowano lakier fluorkowy (lakierowanie zębów). Wobec powyższych danych wnioskowana technologia „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia” powinna być finansowana ze środków publicznych.		

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

**Tabela 15. Opinie ekspertów dotyczące wskazań, w których jest możliwe stosowanie wnioskowanej technologii medycznej**

Ekspert	Wszystkie wskazania, w których jest możliwe (klinicznie akceptowalne) stosowanie wnioskowanej technologii medycznej wraz z oszacowaniem chorobowości, zapadalności, umieralności oraz śmiertelności dla populacji w Polsce
<p><b>prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk</b> Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Wszystkie dzieci we wskazanych grupach wiekowych.</p> <p>Dane epidemiologiczne dotyczące dzieci w wieku 3 lat – raport z realizacji programu <i>Monitorowanie Stanu Zdrowia Jamy Ustnej Populacji Polskiej. Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia populacji polskiej. Podsumowanie wyników badań z lat 2016-2019 pod red. D. Olczak-Kowalczyk; ISBN 978-83-7637-555-7 Sekcja Druków Uczelnianych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2021.</i></p> <p>Częstość próchnicy – 41,1% Średnia liczba zębów z ubytkami próchnicowymi – 1,85±3,14 Odsetek zaspokojonych potrzeb w zakresie leczenia zachowawczego – 7% u dzieci w wieku 3 lat Potrzeba profilaktyki lub rutynowego leczenia – 41,6% Potrzeba szybkiego leczenia – 7,3% Potrzeba natychmiastowego leczenia z powodu bólu lub infekcji – 3,0% W aglomeracji warszawskiej próchnicę zębów stwierdzono u około 50% dzieci w 3. roku życia.</p> <p><i>Sobiech P. et. al. Vitamin D Supplementaion, Characteristic of Mastication, and Parent-Supervised Toothbrushing as Crucial Factors in the Prevention of Caries in 12- to 36-Month-Old Children. Nutrients 2022, 14, 4358.</i></p> <p>W wieku &gt;12&lt;36 miesięcy wizytę u dentysty odbywa zaledwie około 50% dzieci. Najczęstszymi powodami pierwszej wizyty są przegląd uzębienia (47,4%), uraz zęba (19,7%) i obecność ubytków próchnicowych (13,3%).</p> <p><i>Sobiech P. et. al. The first dental visit of a 3-year-old child. Reasons and socioeconomic determinants. New Medicine 2020; 1:26-31</i></p>
<p><b>dr n. hum. Bernadetta Izdorczyk</b> Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej</p>	<p>Uzasadnienie opinii odnosi się do aspektów psychologicznych uzasadniających zasadność świadczenia gwarantowanego tj. profilaktyki stomatologicznej i wizyt adaptacyjnych dla dzieci w wieku 3-4 lat z perspektywy specyfiki rozwoju psychospołecznego i jego roli dla adaptacji dziecka małego (3-4 lata) do środowiska społecznego, także w sytuacji profilaktycznych i leczniczych oddziaływań.</p>
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak</b> Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Największy wzrost zachorowań na chorobę próchnicową obserwuje się w pierwszych 3 latach życia dziecka. Obecnie dzieciom w 3 roku życia nie przysługują świadczenie profilaktyczne dotyczące zębów mlecznych.</p>

Ekspert	Wszystkie wskazania, w których jest możliwe (klinicznie akceptowalne) stosowanie wnioskowanej technologii medycznej wraz z oszacowaniem chorobowości, zapadalności, umieralności oraz śmiertelności dla populacji w Polsce
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka</b> Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Wobec danych epidemiologicznych wskazujących, że choroba próchnicowa zębów mlecznych dotyka 50%-80% odsetka najmłodszej populacji w Polsce, profesjonalne działania profilaktyczne powinny dotyczyć wszystkich dzieci w wieku 3. lat to jest w okresie po wyrznięciu się wszystkich zębów mlecznych.</p>
<p><b>lek. dent. Barbara Hamryszak</b> Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Nie potrafię odpowiedzieć na to pytanie.</p>
<p><b>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać</b> Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Próchnica zębów jest chorobą cywilizacyjną, dotyczącą ponad 80% populacji, skutkującą w dorosłym życiu poważnymi schorzeniami serca, układu pokarmowego, kostno-stawowego i cukrzycą.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada</b> Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Profilaktyka próchnicy zębów mlecznych. Chorobowość - dane z „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej na lata 2016-2020” wykazały, że u 3 latków częstość występowania próchnicy zębów wynosiła 41,1%, a było nią dotknięte średnio 1,85% zębów. Zapadalność - dane z rozprawy doktorskiej Lek. stom. Ewa Małgorzata Chorzewska „Ocena wpływu programu profilaktyki próchnicy na zdrowie jamy ustnej dzieci z wybranych przedszkoli miasta Białegostoku” - UMB, Białystok 2015 rok wskazują, że zapadalność na próchnicę u dzieci w wieku przedszkolnym wzrasta rocznie średnio o 10 % Umieralność i śmiertelność - nie dotyczy.</p>
<p><b>dr n. med. Jadwiga Cieply</b> Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Zapadalność na próchnicę w grupie 3-latków wynosi 41,4%, ubytki próchnicowe stwierdza się średnio w 1,85 zębów mlecznych. <i>Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej na lata 2016-2020</i></p>
<p><b>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</b> Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Próchnica wczesnego dzieciństwa (ECC)- jak wspomniano w wynikach monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej, frekwencja wynosi dla dzieci 3-letnich 50% i wzrasta wraz z wiekiem, nie leczona w konsekwencji powodując problemy rozwojowe (ortodontyczne/ortognatyczne) oraz zaburzenia lękowe związane z obecnością przewlekłych dolegliwości bólowych. Próchnica początkowa- białe plamy próchnicowe (j.w). Profilaktyka wad zgryzu- w wieku 3 lat można ocenić po raz pierwszy normę zgryzową ponieważ powinno występować pełne uzębienie mleczne a co za tym idzie wdrożyć zabiegi profilaktyczne ograniczające występowania czynników ryzyka wad zgryzu i ich jako takich, których frekwencja znacznie wzrasta (subiektywna ocena własna). Zaburzenia rozwoju zębów- możliwa wczesna ocena zaburzeń zarówno twardych tkanek zęba jak i wyrzynania zębów- częściej obserwowane są zaburzenia w kolejności wyrzynania zębów, związane z brakiem lub źle stosowaną dietą ( brak danych- ocena własna) zwiększa się też frekwencja wad rozwojowych takich jak HSPM wg badań własnych około 10-15% dzieci cierpi na zaburzenia twardych tkanek zęba, co zwiększa u nich ryzyko próchnicy i wymaga częstszych wizyt kontrolnych. Profilaktyka i kontrola przyczepu wędzidełek u dzieci i ich wpływ na zaburzenia laryngologiczno-logopedyczne.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska</b> Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Wskazaniem do stosowania wnioskowanej procedury jest zapobieganie chorobie próchnicowej i jej powikłaniom upośledzającym jakość życia tych dzieci oraz jej odległym następstwom w postaci zaburzeń zębowo - zgryzowych i zaburzeń wymowy wymagających leczenia ortodontycznego i logopedycznego. W Polsce populacja dzieci 3-letnich liczy 392977 osób, z czego u prawie połowy występuje choroba próchnicowa (<i>Rocznik Demograficzny, Stan i struktura ludności, str.140, tabela 14 – ludność wg płci i wieku, stan na dzień 31 grudnia 2021r; Główny Urząd Statystyczny, 2022</i>).</p>

Ekspert	Wszystkie wskazania, w których jest możliwe (klinicznie akceptowalne) stosowanie wnioskowanej technologii medycznej wraz z oszacowaniem chorobowości, zapadalności, umieralności oraz śmiertelności dla populacji w Polsce
<p><b>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka</b>  <b>Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Stosowanie wnioskowanej technologii medycznej jest wskazane w przypadku profilaktyki pierwotnej (ang. primary prevention), dotyczącej dzieci, których jama ustna jest już skolonizowana przez bakterie, celem niedopuszczenia do zwiększenia ich liczebności do poziomu patogenego. Dotyczy to również profilaktyki wtórnej, by ograniczyć progresję choroby i nie dopuścić do powstania nowych ubytków próchnicowych. Spowoduje to przywrócenie i utrzymanie równowagi między demineralizacją i remineralizacją.</p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

**Tabela 16. Opinie ekspertów dotyczące interwencji stosowanych w ocenianym wskazaniu**

Ekspert	Technologie medyczne stosowane obecnie w Polsce we wskazaniu podanym na początku formularza (w tym brak aktywnego leczenia, obserwacja itp., jeśli dotyczy)
<p><b>prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk</b>  <b>Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>W koszyku świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży grupa wiekowa dzieci w 3. roku życia została pominięta. Świadczenie to realizowane jest u dzieci młodszych i starszych.</p>
<p><b>dr n. hum. Bernadetta Izydorczyk</b>  <b>Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej</b></p>	<p>Uzasadnienie opinii odnosi się do aspektów psychologicznych uzasadniających zasadność świadczenia gwarantowanego tj. profilaktyki stomatologicznej i wizyt adaptacyjnych dla dzieci w wieku 3-4 lat z perspektywy specyfiki rozwoju psychospołecznego i jego roli dla adaptacji dziecka małego (3-4 lata) do środowiska społecznego, także w sytuacji profilaktycznych i leczniczych oddziaływań.</p>
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak</b>  <b>Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>W Polsce profesjonalna profilaktyka przeciwpróchnicowa jest wykonywana przez lekarza dentystę w gabinecie stomatologicznym.</p>
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka</b>  <b>Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>W okresie wieku żłobkowego i przedszkolnego z uwagi na duże zagrożenie próchnicą zębów wynikające z rodzaju diety, niedoskonałości zachowań związanych z higieną jamy ustnej oraz specyfiką budowy zębów mlecznych skutkującą małą odpornością na czynniki próchnicotwórcze, zarówno kontrola jak i działania edukacyjno-profilaktyczne są konieczne częściej niż w wieku dojrzałym najlepiej co 3 do 6 miesięcy.</p>
<p><b>lek. dent. Barbara Hamryszak</b>  <b>Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Nie dotyczy.</p>
<p><b>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać</b>  <b>Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Profilaktyka fluorkowa, niestety dopiero w wieku szkolnym.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada</b>  <b>Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>W przypadku dzieci do 6. roku życia zalecanym preparatem do stosowania w gabinecie stomatologicznym są lakiery fluorkowe.</p>
<p><b>dr n. med. Jadwiga Cieply</b>  <b>Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Aktualnie dzieciom w 3. roku życia nie przysługują profilaktyczne świadczenia stomatologiczne. Zabiegi profilaktyczne realizowane są w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży.</p>



Ekspert	Technologie medyczne stosowane obecnie w Polsce we wskazaniu podanym na początku formularza (w tym brak aktywnego leczenia, obserwacja itp., jeśli dotyczy)
<b>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</b> Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Badanie stomatologiczne wraz z badaniami kontrolnymi (obserwacja). Profilaktyczne szlifowanie zębów.
<b>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska</b> Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	W Polsce w koszyku świadczeń NFZ znajdują się procedury profilaktyczne, niestety nie są nimi objęte dzieci 3-letnie, mogą one korzystać tylko z ograniczonych procedur profilaktycznych realizowanych w ramach kontraktu ogólnostomatologicznego dla dorosłych w tym dla dzieci i młodzieży. Nie jest zatem dostępna dla tej grupy wiekowej dzieci procedura profesjonalnej profilaktyki fluorkowej próchnicy i przekazanie rodzicom zaleceń dietetyczno – higienizacyjnych oraz zapobiegających powstaniu zaburzeń zębowo-zgryzowych.
<b>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka</b> Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Obecnie w Polsce świadczenia stomatologiczne dla dzieci w 3. roku życia są realizowane w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia. W wykazie ww świadczeń nie jest uwzględniona m.in. profilaktyka fluorkowa uzębienia mlecznego. Podejmowane działania nie przyczyniają się do zmniejszenia występowania próchnicy wśród dzieci w 3. roku życia. Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 2. roku życia oraz Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4. roku życia są technologiami medycznymi stosowanymi obecnie w Polsce we wskazaniu podanym na początku formularza, jednak brak jest Profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

**Tabela 17. Opinie ekspertów dotyczące technologii medycznych, które w rzeczywistej praktyce medycznej najprawdopodobniej zostaną zastąpione, całkowicie lub częściowo, przez wnioskowaną technologię**

Ekspert	Technologie medyczne, które w rzeczywistej praktyce medycznej najprawdopodobniej zostaną zastąpione, całkowicie lub częściowo, przez wnioskowaną technologię, jeżeli zostanie ona objęta refundacją w ww. wskazaniu (w tym brak aktywnego leczenia, obserwacja itp., jeśli dotyczy)
<b>prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk</b> Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Świadczenie profilaktyczne składa się z kilku procedur, w tym zawiera aplikację lakieru fluorkowego. Żadna z tych procedur nie posiada wymiennika. Podobnie brak wymiennika w odniesieniu do procedury – wizyta adaptacyjna.
<b>dr n. hum. Bernadetta Lzydorczyk</b> Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	Z racji kompetencji zawodowych opiniuję w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej natomiast nie posiadam wiedzy z obszaru medycyny, o którym mowa.
<b>prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak</b> Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.
<b>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka</b> Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Konieczność profesjonalnej kontroli stanu uzębienia i działań profilaktycznych. Proponowana procedura nie zastępuje a uzupełnia lukę w opiece stomatologicznej.
<b>lek. dent. Barbara Hamryszak</b> Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.

Ekspert	Technologie medyczne, które w rzeczywistej praktyce medycznej najprawdopodobniej zostaną zastąpione, całkowicie lub częściowo, przez wnioskowaną technologię, jeżeli zostanie ona objęta refundacją w ww. wskazaniu (w tym brak aktywnego leczenia, obserwacja itp., jeśli dotyczy)
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Profilaktyka fluorkowa jest bardzo ważnym elementem profilaktyki próchnicy i powinna być stosowana już w wieku przedszkolnym, równoległe z wnioskowaną technologią.
dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wnioskowana technologia nie zastąpi innej ponieważ obecnie u dzieci w 3. roku życia nie stosuje się zabiegów profilaktycznych refundowanych ze środków publicznych.
dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia będą dodatkowymi znacznie rozszerzonymi świadczeniami, które uzupełnią przysługujące dzieciom w tym wieku zabiegi profilaktyczne realizowane w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży.
dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Leczenie próchnicy początkowej. Impregnacja zębiny.
dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Wprowadzenie wnioskowanej procedury profilaktycznej obejmującej populację dzieci 3-letnich powinno wpłynąć na obniżenie wskaźników frekwencji i intensywności próchnicy, tym samym na zmniejszenie liczby procedur związanych z leczeniem tej choroby i jej powikłań oraz zmniejszenie liczby przypadków wymagających leczenia ortodontycznego.
dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Brak jest technologii medycznej, która w rzeczywistej praktyce medycznej najprawdopodobniej zostanie zastąpiona, całkowicie lub częściowo, przez wnioskowaną technologię, jeżeli zostanie ona objęta refundacją we wskazaniu określonym na początku formularza.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 18. Opinie ekspertów dotyczące najtańszej technologii stosowanej w ocenianym wskazaniu

Ekspert	Najtańsza technologia stosowana w Polsce w ocenianym wskazaniu
prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Żadna z tych procedur nie posiada wymiennika.
dr n. hum. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	Z racji kompetencji zawodowych opiniuję w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej natomiast nie posiadam wiedzy z obszaru medycyny, o którym mowa.
prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Nie dotyczy.

Ekspert	Najtańsza technologia stosowana w Polsce w ocenianym wskazaniu
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka</b> Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Wnioskowana procedura jest najtańszym i najbardziej efektywnym postępowaniem profilaktycznym.</p>
<p><b>lek. dent. Barbara Hamryszak</b> Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Nie dotyczy.</p>
<p><b>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać</b> Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Profilaktyka fluorkowa jest najtańszą i najskuteczniejszą metodą zapobiegania próchnicy.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada</b> Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Zalecaną technologią stosowaną w celach profilaktycznych u dzieci do 6.roku życia jest zabieg lakierowania, który u dzieci w 3.roku życia nie jest refundowany ze środków publicznych.</p>
<p><b>dr n. med. Jadwiga Ciepły</b> Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Badanie stomatologiczne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej, profilaktyka fluorowa - lakierowanie zębów.</p>
<p><b>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</b> Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Leczenie próchnicy początkowej, lakierowanie zębów mlecznych preparatem fluorkowym, kontrolne wizyty, określenie ryzyka próchnicy.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska</b> Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla innych grup wiekowych pacjentów w wieku rozwojowym – realizowane u dzieci w 1 r.ż. (3 krotnie), 2, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 16, i 19 r.ż.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka</b> Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje instruktaż higieny jamy ustnej i aplikację lakieru fluorkowego w gabinecie, co 3 -6 miesięcy, w zależności od ryzyka choroby próchnicowej.</p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

**Tabela 19. Opinie ekspertów dotyczące najskuteczniejszej technologii stosowanej w ocenianym wskazaniu**

Ekspert	Technologia uważana za najskuteczniejszą wśród stosowanych w Polsce w ocenianym wskazaniu
<p><b>prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk</b> Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Świadczenie składa się z kilku procedur, w tym zawiera aplikację lakieru fluorkowego. Żadna z tych procedur nie posiada wymiennika. Lakierowanie zębów mlecznych jest jedyną dopuszczalną metodą profesjonalnej profilaktyki fluorkowej u dzieci do 6. roku życia. Dorota Olczak-Kowalczyk, Agnieszka Mielczarek, Teresa Jackowska, Maria Mielnik-Błaszczak, Anna Turska-Szybka, Justyna Opydo-Szymaczek, Anna Jurczak, Urszula Kaczmarek, Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych – rekomendacje Polskich Ekspertów. Aktualizacja zaleceń: Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci, młodzieży – rekomendacje Polskich Ekspertów. Nowa Stomatologia 2022;2: 35-59 (w publikacji przedstawiono przegląd aktualnego piśmiennictwa dotyczącego tematu profilaktyki fluorkowej).</p>

Ekspert	Technologia uważana za najskuteczniejszą wśród stosowanych w Polsce w ocenianym wskazaniu
	<p><i>Toumba K. J. et al. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. European Archives of Paediatric Dentistry (2019) 20:507-516</i></p> <p><i>American Academy of Pediatric Dentistry. Fluoride therapy. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:317-20</i></p> <p><i>Clark MB et al. Fluoride Use in Caries Prevention in the Primary Care Setting. Pediatrics (2020) 146 (6): e2020034637.</i></p> <p><i>American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:253-65.</i></p> <p><i>American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020:79-81.</i></p> <p>Wizyta adaptacyjna:</p> <p><i>American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:321-39.</i></p> <p><i>American Academy of Pediatric Dentistry. Perinatal and infant oral health care. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:288-81.</i></p>
<p><b>dr n. hum. Bernadetta Izdorczyk</b> <b>Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej</b></p>	<p>Z racji kompetencji zawodowych opiniuje w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej natomiast nie posiadam wiedzy z obszaru medycyny, o którym mowa.</p>
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak</b> <b>Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Profilaktyka fluorkowa jest najskuteczniejszą formą profilaktyki przeciw chorobie próchnicowej.</p> <p><i>Dorota Olczak – Kowalczyk, Agnieszka Mielczarek, Teresa Jackowska, et al., Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych – rekomendacje Polskich Ekspertów. Aktualizacja zaleceń: Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci, młodzieży – rekomendacje Polskich Ekspertów. Nowa Stomatologia 2022 27: 35-59</i></p>
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka</b> <b>Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Profesjonalne i bezpośrednie realizowanie opieki stomatologicznej skierowane na zapobieganie chorobom jamy ustnej głównie próchnicy zębów oraz możliwość kontroli rozwoju twarzoczaszki, w tym uzębienia stanowi fundamentalną, znaną od wielu lat i potwierdzoną w praktyce zasadę pozwalającą na obniżenie występowania i nasilenia choroby próchnicowej zębów mlecznych i stałych i ograniczenie związanych z tym kosztów leczenia.</p> <p><i>(Professional prevention in dentistry MH. Anderson and all 2002 Williams &amp; Wilkins)</i></p>
<p><b>lek. dent. Barbara Hamryszak</b> <b>Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Nie dotyczy.</p>
<p><b>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać</b> <b>Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Profilaktyka fluorkowa jest najtańszą i najskuteczniejszą metodą zapobiegania próchnicy.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada</b> <b>Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Najskuteczniejszą technologią wśród stosowanych w Polsce we wskazaniu podanym na początku formularza jest lakierowanie zębów lakierem fluorkowym.</p> <p><i>Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych - rekomendacje Polskich Ekspertów. Aktualizacja zaleceń: Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci, młodzieży-rekomendacje Polskich Ekspertów. Nowa Stomatologia, 2022,27,(2):35-59</i></p>

Ekspert	Technologia uważana za najskuteczniejszą wśród stosowanych w Polsce w ocenianym wskazaniu
<p><b>dr n. med. Jadwiga Ciepły</b>  <b>Konsultant województwa małopolskiego</b>  <b>w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Skuteczność zapobiegania próchnicy zależy między innymi od ukierunkowanych działań profilaktycznych na ograniczenie ryzyka choroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prawidłowe odżywianie,</li> <li>- dbałość i właściwą higienę jamy ustnej,</li> <li>- stosowanie środków profilaktycznych zawierających fluor.</li> </ul>
<p><b>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</b>  <b>Konsultant województwa dolnośląskiego</b>  <b>w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Zarówno częste wizyty kontrolne dla dziecka w 3. r.ż. jak i zastosowanie na tych wizytach profilaktyki fluorkowej i niefluorkowej w postaci lakierowania zębów mlecznych, profesjonalnego oczyszczania, kontroli płytki oraz zabiegi edukacyjne- z zakresu higieny i eliminacji parafunkcji są podstawą skutecznego leczenia i kształtowania posawy stomatologicznej.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska</b>  <b>Konsultant województwa śląskiego</b>  <b>w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla innych grup wiekowych pacjentów w wieku rozwojowym – realizowane u dzieci w 1 r.ż. (3 krotnie), 2, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 16, i 19 r.ż.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka</b>  <b>Konsultant województwa mazowieckiego</b>  <b>w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia” powinno zawierać profilaktykę profesjonalną próchnicy, w tym profilaktykę fluorkową przy braku przeciwwskazań.</p> <p>Filarami zapobiegania chorobie próchnicowej oprócz zachowań dotyczących prawidłowego odżywiania i dbałości o higienę jamy ustnej jest profilaktyka fluorkowa. Na potrzeby w zapobieganiu chorobie próchnicowej u polskich dzieci wskazują wyniki realizowanych w ramach programu Ministerstwa Zdrowia badań „Monitoring Stanu Zdrowia Jamy Ustnej” i analiza trendów występowania próchnicy.</p> <p>Fluorki odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu próchnicy zębów i odkrycie przeciwpróchnicowych właściwości fluoru jest istotnym osiągnięciem w historii stomatologii. „Fluor stosowany egzogenicznie, miejscowo, wpływa na: 1) przebieg procesów demineralizacji i remineralizacji, 2) odkładanie płytki bakteryjnej poprzez zakłócanie początkowej adherencji bakterii do nabytej błonki zęba (pellicle), interferencję z następowo mnożącymi się i agregującymi bakteriami płytki oraz powoduje powstanie zmian we florze bakteryjnej, 3) obniżanie metabolizmu węglowodanowego bakterii płytki poprzez hamowanie aktywności enolazy, transportu glukozy do wnętrza komórki, co w konsekwencji zmniejsza produkcję kwasu mlekowego, translokacji cukrów w błonach komórkowych, transportu i akumulacji kationów w komórkach oraz fosfataz komórkowych katalizujących hydrolizę estrów fosforanowych” (za Kaczmarek 2005).</p> <p>Kluczowym elementem dojrzewania postępującego szkliwa jest zamiana jonów węglanowych na jony fluoru w apatytach szkliwa. Jony fluoru włączane do struktury hydroksyapatytu poprzez zastąpienie jonów wodorotlenkowych lub węglanowych tworzą fluorohydroksyapatyt, który może nie ulec rozpuszczeniu nawet przy pH około 4. Wraz ze wzrostem zawartości fluoru w szkliwie i zmniejszaniem zawartości węglanu szkliwo staje się mniej rozpuszczalne dla kwasów. Fluor wspomaga także naprawę zdemineralizowanych już apatytów szkliwa. Dzięki swojej reaktywności przyłącza się do częściowo zdemineralizowanych kryształów szkliwa i przyciąga jony wapniowe i fosforanowe obecne w ślinie. Przy obecności jego niewielkich ilości w środowisku jamy ustnej skuteczność odzyskiwania utraconych przez szkliwo minerałów jest znacznie większa. Tłumaczy to znaczenie stosowania profilaktycznych środków zawierających związki fluoru, szczególnie istotne w okresie rozwojowym.</p> <p>Skuteczność i bezpieczeństwo profilaktyki fluorkowej u dzieci wymaga jednak od rodziców znajomości zasad stosowania środków profilaktycznych zawierających związki fluoru.</p> <p>U dziecka w 3. roku życia można stosować miejscowo jedynie lakiery fluorkowe, niewskazane w tym wieku są żele, pianki i płukanki fluorkowe ze względu na ryzyko połknięcia preparatu z fluorem. Skuteczność profilaktyczną lakierów fluorkowych zawierających 5% NaF (22 600 ppm F) szacuje się na ok. 33% dla zębów mlecznych. Stosowanie lakierów nie wymaga ograniczeń wieku. Należy jednak przestrzegać zalecanych dawek. Jednorazowe dawki lakieru fluorkowego zawierającego 5% NaF (22 600 ppm F) to 0,25 ml dla dzieci powyżej 1. roku życia w okresie uzębienia mlecznego.</p> <p>Aplikacja 0,5 ml lakieru 5% NaF dostarcza 3-11 mg fluoru (prawdopodobnie toksyczna dawka 5 mg/kg m.c.). Lakier fluorkowy jest najbardziej stężonym preparatem fluorkowym stosowanym w Europie, jednakże nie powoduje zagrożenia dla zdrowia. Wykazano, że szczyt koncentracji fluoru w surowicy po aplikacji lakieru 5% NaF u małych dzieci stanowi tylko 1/7 szczytowych wartości występujących po aplikacji 1,25 żelu APF. Aplikacja lakieru zawierającego 5% NaF jest łatwa i bardzo szybka, bez potrzeby odsysania śliny i profesjonalnego usuwania płytki nazębnej. Pacjent może natychmiast zamknąć jamę ustną i opuścić gabinet. Aplikacja lakieru zapewnia utrzymanie wysokiego stężenia fluoru w kontakcie ze szkliwem przez okres od 1 do 7 dni, a zatem znacznie dłużej niż po aplikacji żelu lub pianki fluorkowej, tj. przez 10-15 min.</p>



Ekspert	Technologia uważana za najskuteczniejszą wśród stosowanych w Polsce w ocenianym wskazaniu
	<p>Przy umiarkowanym ryzyku próchnicy lakiery powinny być aplikowane 2 razy w roku, przy wysokim – 4 razy w roku.</p> <p>Bibliografia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Olczak-Kowalczyk, et al.: Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych – rekomendacje Polskich Ekspertów. Aktualizacja zaleceń: Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci, młodzieży – rekomendacje Polskich Ekspertów. <i>Fluoride agents in the prevention and treatment of dental caries and erosion in children, adolescents and adults – recommendations of Polish Experts. Update of recommendations: Individual fluoride prevention in children and adolescents – recommendations of Polish Experts. Nowa Stomatol</i> 2022;27(2):35-59.</li> <li>2. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE: Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2013; (7): CD002279.</li> <li>3. Holve S: An observational study of the association of fluoride varnish applied during well child visits and the prevention of early childhood caries in American Indian children. <i>Matern Child Health J</i> 2008; 12 Suppl 1: 64-67.</li> <li>4. Garcia RI, Gregorich SE, Ramos-Gomez F et al.: Absence of Fluoride Varnish-Related Adverse Events in Caries Prevention Trials in Young Children, United States. <i>Prev Chronic Dis</i> 2017; 14: E17.</li> <li>5. Kaczmarek U: Mechanizmy kariostatyczne fluoru. <i>Czas Stomatol</i> 2005; 6: 404-413.</li> <li>6. European Commission: Directorate-General for Health &amp; Consumers. Scientific Committee on Health and Environmental Risks SCHER: Critical review of any new evidence on the hazard profile, health effects, and human exposure to fluoride and the fluoridating agents of drinking water. SCHER 16.05.2011.</li> <li>7. Toumba KJ, Twetman S, Splieth C et al.: Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. <i>Eur Arch Paediatr Dent</i> 2019; 20(6): 507-516.</li> <li>8. Fluoride: Topical and Systemic Supplements. 2021 <a href="https://www.ada.org/resources/research/science-and-research-institute/oral-health-topics/fluoride-topical-and-systemic-supplements">https://www.ada.org/resources/research/science-and-research-institute/oral-health-topics/fluoride-topical-and-systemic-supplements</a></li> <li>9. AAPD: Fluoride Therapy. Aktualizacja 2018; <a href="https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_fluoridetherapy.pdf">https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_fluoridetherapy.pdf</a>.</li> <li>10. European Academy of Paediatric Dentistry: Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. <i>Eur Arch Paediatr Dent</i> 2009; 10(3): 129-135.</li> <li>11. ADA Fluoridation Policy; <a href="https://www.ada.org/en/public-programs/advocating-for-the-public/fluoride-and-fluoridation/ada-fluoridation-policy">https://www.ada.org/en/public-programs/advocating-for-the-public/fluoride-and-fluoridation/ada-fluoridation-policy</a>.</li> <li>12. Petersen PE, Ogawa H: Prevention of dental caries through the use of fluoride – the WHO approach. <i>Community Dent Health</i> 2016; 33(2): 66-68.</li> <li>13. World Health Organization: WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries: report of a meeting, Bangkok, Thailand, 26-28 January 2016. Geneva. WHO/NMH/PND/17.1; 2017.</li> <li>14. Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H et al.: WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. <i>Community Dent Oral Epidemiol</i> 2018; 46(3): 280-287.</li> </ol>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

**Tabela 20. Opinie ekspertów dotyczące technologii rekomendowanych w wytycznych postępowania klinicznego w ocenianym wskazaniu**

Ekspert	Technologie rekomendowane w wytycznych postępowania klinicznego uznawanych w Polsce, w ocenianym wskazaniu (wraz z referencjami bibliograficznymi wytycznych)
<p><b>dr n. hum. Bernadetta Izydorczyk</b> Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej</p>	<p>Referencje bibliograficzne wskazujące psychologiczne podłoże wyjaśniające zasadność zapewnienia profilaktyki stomatologicznej i wizyt adaptacyjnych stomatologicznych u dzieci wieku przedszkolnym.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bee H. (2004). <i>Psychologia rozwoju człowieka</i>. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka</li> <li>• Turner J. i Helms D. (1999). <i>Rozwój człowieka</i>. Warszawa: WSiP</li> </ul>

Ekspert	Technologie rekomendowane w wytycznych postępowania klinicznego uznawanych w Polsce, w ocenianym wskazaniu (wraz z referencjami bibliograficznymi wytycznych)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wilk-Sieczak, B. i Gmyrek- Marciniak, A. (2005). Zachowania dzieci podczas wizyty adaptacyjnej a stosunek rodziny do leczenia stomatologicznego. Dent. Med. Probl. 42, 573–580.</i></li> </ul>
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak</b> Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Profilaktyka fluorkowa jest najskuteczniejszą formą profilaktyki przeciw chorobie próchnicowej. <i>Dorota Olczak – Kowalczyk, Agnieszka Mielczarek, Teresa Jackowska, et al., Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych – rekomendacje Polskich Ekspertów. Aktualizacja zaleceń: Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci, młodzieży – rekomendacje Polskich Ekspertów. Nowa Stomatologia 2022 27: 35-59</i></p>
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka</b> Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Wnioskowana procedura nie zmienia zasad postępowania medycznego a jedynie uzupełnia brakujące ogniwo opieki. <i>(Professional prevention in dentistry MH. Anderson and all 2002 Williams &amp; Wilkins)</i></p>
<p><b>lek. dent. Barbara Hamryszak</b> Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Nie dotyczy.</p>
<p><b>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać</b> Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Profilaktyka fluorkowa jest najtańszą i najskuteczniejszą metodą zapobiegania próchnicy.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada</b> Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Rekomendowaną technologią w wytycznych postępowania klinicznego uznawanych w Polsce, we wskazaniu podanym na początku formularza jest lakierowanie zębów lakierem fluorkowym. <i>Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych - rekomendacje Polskich Ekspertów. Aktualizacja zaleceń: Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci, młodzieży-rekomendacje Polskich Ekspertów. Nowa Stomatologia, 2022,27,(2):35-59</i></p>
<p><b>dr n. med. Jadwiga Ciepty</b> Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Regularne wizyty dziecka w gabinecie stomatologicznym (co 3 miesiące) wraz z badaniem stomatologicznymi instruktażem higieny i zaleceniami żywieniowymi. Ocena warunków zgryzowych i występowania parafunkcji i wdrożenie odpowiedniej profilaktyki ortodontycznej; odzwyczajanie od szkodliwych nawyków. Zdiagnozowanie występowania wad wymowy, nieprawidłowego toru oddychania i konieczność dalszego leczenia (logopeda, laryngolog). Zastosowanie profilaktyki fluorowej lakierowanie zębów 2 razy w roku u dzieci z umiarkowanym ryzykiem próchnicy i 4 razy w roku w przypadku stwierdzenia wysokiego ryzyka próchnicy. Lakier fluorkowy to jedyny środek miejscowy o wysokiej zawartości fluorków, który przy przestrzeganiu zalecanych dawek może być stosowany bez ograniczeń wiekowych, również u dzieci w wieku przedszkolnym. <i>1. Olczak-Kowalczyk D. i wsp.: Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych- rekomendacje Polskich Ekspertów. Aktualizacja zaleceń: indywidualna profilaktyka fluorkowau dzieci, młodzieży-rekomendacje Polskich Ekspertów. Nowa Stomatologia, 2022; 27(2):35-59</i> <i>2. Raport nr OT.423.8.2019 „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży” kwiecień 2020</i> <i>3.American Academy of Pediatric Dentistry( 2019a).Periodicity of Examination. Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children and Adolescents.</i> <i>4. Kaczmarek U. I wsp.:( ACFF 2019) Indywidualna profilaktykafluorkowau dzieci I młodzieży-rekomendacje polskich ekspertów.</i> <i>5. D M O’Mullane et al.: Fluoride and Oral Health. Community Dental Health.2016,Jun;33(2):69-99</i> <i>6. American Academy of Pediatric Dentistry.( 2018b). Fluoride therapy.Reference Manual, 40;(06):250-253</i></p>

Ekspert	Technologie rekomendowane w wytycznych postępowania klinicznego uznawanych w Polsce, w ocenianym wskazaniu (wraz z referencjami bibliograficznymi wytycznych)
	<p>7. American Dental Association ( 2015) <i>Topical fluoride for caries prevention: Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review</i>; 144(11):1279-1291</p> <p>8. PTSD, ( 2015) <i>Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej u dzieci i młodzieży</i>.</p> <p>9. Turska-Szybka A. i wsp. :<i>Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa</i></p>
<p><b>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</b> <b>Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Badanie stomatologiczne, ocena pełnego uzębienia mlecznego z uwzględnieniem obecnych zaburzeń twardych tkanek zęba, obecnością dysfunkcji i parafunkcji.</p> <p>Ocena ryzyka próchnicy wraz z oceną higieny, określenie planu wizyt kontrolnych wraz z zabiegami profilaktycznymi.</p> <p>Infiltracja próchnicy żywicą ICON.</p> <p>W razie wysokiego ryzyka próchnicy lakowanie lakiem szczelinowym szkłoionomerowym zębów trzonowych mlecznych.</p> <p>„Zapobieganie i leczenie choroby próchnicowej u dzieci Olczak-Kowalczyk D.; Wagner L.</p> <p>„Współczesna stomatologia wieku rozwojowego” Olczak-Kowalczyk D.; Szczepańska J.; Kaczmarek U.</p> <p>„Kompendium stomatologii wieku rozwojowego” Olczak-Kowalczyk D.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska</b> <b>Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla innych grup wiekowych pacjentów w wieku rozwojowym – realizowane u dzieci w 1 r.ż. (3 krotnie), 2, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 16, i 19 r.ż.</p> <p>Referencje bibliograficzne:</p> <p>Dorota Olczak-Kowalczyk<sup>1</sup>, Dariusz Gozdowski<sup>2</sup> and Anna Turska-Szybka<sup>1*</sup> <i>Protective Factors for Early Childhood Caries in 3-Year-Old Children in Poland</i>; <i>Front. Pediatr.</i>, 15 March 2021, Sec. Children and Health, Volume 9 - 2021   <a href="https://doi.org/10.3389/fped.2021.583660">https://doi.org/10.3389/fped.2021.583660</a></p> <p>Olczak-Kowalczyk D, Kaczmarek U, Bachanek T. <i>Oral health. Results of clinical trials [in] Monitoring of oral health of the Polish Population in 2013-2015. Assessment of oral health and its conditions in the Polish population aged 3, 10 and 15 in 2015. D. Olczak-Kowalczyk. ISBN 978-83-76-37-378-2. Warsaw: Publishing House of the Warsaw Medical University (2016).</i></p> <p>Turska-Szybka A, Kaczmarek U, Gozdowski D, Tomczyk J, Olczak-Kowalczyk D. <i>Trends in caries experience and background factors in 3-year-old children in Poland: evidence from epidemiological surveys during 2002-2017. Anthropol Rev. (2019) 82:79–90. doi: 10.2478/anre-2019-0006</i></p> <p>Corrêa-Faria, P., Viana, K.A., Raggio, D.P. et al. <i>Recommended procedures for the management of early childhood caries lesions – a scoping review by the Children Experiencing Dental Anxiety: Collaboration on Research and Education (CEDACORE). BMC Oral Health 20, 75 (2020). <a href="https://doi.org/10.1186/s12903-020-01067-w">https://doi.org/10.1186/s12903-020-01067-w</a></i></p> <p>Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. <i>Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. J Dent Res. 2017;96:380–7.</i></p> <p>Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrath C, et al. <i>Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: global perspective. Int J Paediatr Dent. 2019;29:238–48.</i></p> <p>Corrêa-Faria P, Daher A, Freire MDCM, de Abreu MHNG, Bönecker M, Costa LR. <i>Impact of untreated dental caries severity on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. Qual Life Res. 2018;27:3191–8.</i></p> <p>Kühnisch J, Ekstrand KR, Pretty I, Twetman S, van Loveren C, Gizani S, Spyridonos LM. <i>Best clinical practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document. Eur Arch Paediatr Dent. 2016;17:3–12.</i></p> <p>American Academy of Pediatric Dentistry. <i>Behavior guidance for the pediatric dental patient. Pediatr Dent. 2017;39:246–59.</i></p> <p>Schmoeckel J, Gorseta K, Splieth CH, Juric H. <i>How to intervene in the caries process: early childhood caries – a systematic review. Caries Res. 2020 Jan;7:1–11. <a href="https://doi.org/10.1159/000504335">https://doi.org/10.1159/000504335</a>.</i></p> <p>World Health Organization. <i>Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. [guidance online]. Geneva; 2019. [cited 2020 Mar 11]. Available from: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330643/9789240000056-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330643/9789240000056-eng.pdf</a>.</i></p>

Ekspert	Technologie rekomendowane w wytycznych postępowania klinicznego uznawanych w Polsce, w ocenianym wskazaniu (wraz z referencjami bibliograficznymi wytycznych)
<p><b>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka</b>  <b>Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Technologią rekomendowaną w wytycznych postępowania klinicznego uznawanych w Polsce jest profilaktyka fluorkowa.</p> <p>Na profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia powinno składać się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wizyta adaptacyjna - przysługiwałaby w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystało świadczenia wcześniej).</li> <li>2. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puwz dla zębów mlecznych.</li> <li>3. Kontrola higieny jamy ustnej (badanie kontrolne wraz z instruktażem rodzica/opiekuna prawnego w zakresie higieny jamy ustnej).</li> <li>4. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia oraz wyrzynania zębów, które powinno obejmować:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) sprawdzenie liczby zębów oraz przebiegu linii pośrodkowej;</li> <li>2) sposób zwierania siekaczy;</li> <li>3) sprawdzenie toru oddychania;</li> <li>4) sprawdzenie występowania nawyków;</li> <li>5) sposób karmienia.</li> </ol> </li> <li>5. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu – profilaktyka ortodontyczna. Pouczenie o dbałości oddychania przez nos, o spożywaniu pokarmów o stałej konsystencji, odzwyczajaniu od nawyków.</li> <li>6. Profilaktyka profesjonalna próchnicy, w tym profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań.</li> </ol> <p>Bibliografia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Olczak-Kowalczyk, et al.: Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych – rekomendacje Polskich Ekspertów. Aktualizacja zaleceń: Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci, młodzieży – rekomendacje Polskich Ekspertów. <i>Fluoride agents in the prevention and treatment of dental caries and erosion in children, adolescents and adults – recommendations of Polish Experts. Update of recommendations: Individual fluoride prevention in children and adolescents – recommendations of Polish Experts. Nowa Stomatol 2022;27(2):35-59.</i></li> <li>2. Kaczmarek U, Jackowska T, Mielnik-Błaszczak M et al.: Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci i młodzieży – rekomendacje polskich ekspertów. <i>Nowa Stomatol 2019; 24(2): 70-85.</i></li> <li>3. Olczak-Kowalczyk D, Borysewicz-Lewicka M, Adamowicz-Klepalska B et al.: Stanowisko polskich Ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej choroby próchnicowej u dzieci i młodzieży. <i>Nowa Stomatol 2016; 21(1): 47-73.</i></li> <li>4. Adamowicz-Klepalska B, Borysewicz-Lewicka M, Dobrzańska A et al.: Aktualny stan wiedzy na temat indywidualnej profilaktyki fluorkowej choroby próchnicowej u dzieci i młodzieży. <i>Niezależny Panel Ekspertów. J Stoma 2013; 66(4): 428-453.</i></li> <li>5. <a href="https://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2023/02/ns_2022_035-059F.pdf">https://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2023/02/ns_2022_035-059F.pdf</a></li> </ol>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

**Tabela 21. Opinie ekspertów dotyczące możliwych do zastosowania innych rozwiązań niż rozwiązanie zaproponowane**

Ekspert	Możliwe do zastosowania inne rozwiązania niż rozwiązanie zaproponowane (np. terapie alternatywne)
<p><b>prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk</b>  <b>Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Brak.</p>

Ekspert	Możliwe do zastosowania inne rozwiązania niż rozwiązanie zaproponowane (np. terapie alternatywne)
<p><b>dr n. hum. Bernadetta Izydorczyk</b> Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej</p>	<p>Z racji kompetencji zawodowych opiniuje w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej natomiast nie posiadam wiedzy z obszaru medycyny, o którym mowa.</p>
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak</b> Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Nie dotyczy.</p>
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka</b> Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Brak.</p>
<p><b>lek. dent. Barbara Hamryszak</b> Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Nie dotyczy.</p>
<p><b>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać</b> Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Nie znam innych skutecznych rozwiązań.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada</b> Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Rekomendowaną technologią u dzieci do 6.roku życia jest lakierowanie zębów lakierem fluorkowym.</p>
<p><b>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</b> Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Dodatkowa wizyta kontrolna z edukacją rodziców dla dziecka 3 r.ż. Sedacja płytka. Sedacja głęboka.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska</b> Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Brak.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka</b> Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	<p>Istotne obniżenie częstości występowania i intensywności próchnicy spowodowane jest powszechnym stosowaniem związków fluorkowych. Niemniej jednak choroba próchnicowa nadal pozostaje poważnym problemem zdrowotnym. Stosowane są również niefluorkowe środki zapobiegające próchnicy, które uzupełniają lub wzmacniają działanie fluorków, oddziałujące na biofilm bakteryjny i neutralizując kwasy bakteryjne, lub działają w celu wzmocnienia remineralizacji i hamowania demineralizacji. Nie zastąpią jednak miejscowej aplikacji lakierów fluorkowych, co jest skuteczną metodą zapobiegania próchnicy zębów i jedyną metodą profesjonalnej profilaktyki fluorkowej, która może być stosowana w pierwszych sześciu latach życia.</p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.



**Tabela 22. Opinie ekspertów dotyczące uwzględnienia pacjentów z innymi stanami klinicznymi, niż wskazanymi w zleceniu, przy zastosowaniu wnioskowanej technologii medycznej**

Ekspert	Celowość uwzględnienia pacjentów z innymi stanami klinicznymi, niż wskazanymi w zleceniu, przy zastosowaniu wnioskowanej technologii medycznej
<p><b>prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk</b> Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	Nie.
<p><b>dr n. hum. Bernadetta Izydorczyk</b> Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej</p>	Z racji kompetencji zawodowych opiniuję w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej natomiast nie posiadam wiedzy z obszaru medycyny, o którym mowa.
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak</b> Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	Nie dotyczy.
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka</b> Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	Nie dotyczy.
<p><b>lek. dent. Barbara Hamryszak</b> Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	Nie.
<p><b>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać</b> Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	Dzieci w wieku 3 lat powinny być leczone kompleksowo, bez względu na rodzaj schorzenia.
<p><b>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada</b> Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	Lakiery fluorkowe można stosować jako nieinwazyjną metodę leczenia wczesnych, nieubytkowych zmian próchnicowych.
<p><b>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</b> Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	Dzieci w 3 r.ż. z obecnymi ubytkami próchnicowymi nie wymagającymi jedynie profilaktyki pierwotnie pierwotnej, pierwotnej ale również wtórnej czyli ograniczenie negatywnych skutków choroby np. poprzez leczenie ITR.
<p><b>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska</b> Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	Nie dotyczy.
<p><b>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka</b> Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>	Niecelowe byłoby uwzględnienie pacjentów z innymi stanami klinicznymi, niż wskazanymi w zleceniu, przy zastosowaniu wnioskowanej technologii medycznej.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

**Tabela 23. Opinie ekspertów dotyczące pacjentów z największymi korzyściami z wprowadzenia refundacji leczenia z zastosowania wnioskowanej technologii medycznej**

Ekspert	Pacjenci, którzy mogliby odnieść największe korzyści z wprowadzenia refundacji leczenia z zastosowaniem wnioskowanej technologii medycznej
<b>dr n. hum. Bernadetta Izydorczyk</b> <b>Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej</b>	Dzieci w wieku przedszkolnym wymagają zachowania wobec nich zasad profilaktyki zdrowotnej i kształtowania prozdrowotnych postaw wobec leczenia, także w sytuacji kontaktu ze stomatologiem.
<b>prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak</b> <b>Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b>	Dane GUS na 2014 liczbę dzieci w wieku 3-6 lat w Polsce wynosi 1676,5 tysięcy (3 latki - 420 tys.). Z danych wynika, że ze świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych korzysta 40% populacji, zakłada się, że ilość dzieci które skorzystałyby ze świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych to około 168 tysięcy (przy wzroście 100%).
<b>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka</b> <b>Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b>	Obecnie dotyczy populacji w wieku rozwojowym, a w przyszłości skutkować będzie zachowaniem zdrowia zębów osób dorosłych co wiąże się z właściwym poziomem jakości życia i ogólnym dobrym stanem zdrowia.
<b>lek. dent. Barbara Hamryszak</b> <b>Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b>	Wszystkie dzieci w podanym wieku.
<b>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać</b> <b>Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b>	Dzieci upośledzone umysłowo (priorytet), dzieci z najuboższych rodzin i z miejscowości o ograniczonym dostępie do usług stomatologicznych.
<b>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada</b> <b>Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b>	Największe korzyści z wprowadzenia refundacji „Profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dziecka w 3. roku życia odniosą dzieci. Oprócz działań dotyczących profilaktyki próchnicy „Świadczenie profilaktyczne w 3. roku życia” obejmuje kompleksową ocenę narządu żucia tzn.: ocenę stanu morfologicznego i funkcji żucia, kontrolę higieny jamy ustnej, ocenę intensywności próchnicy puw oraz profilaktykę próchnicy i wad zgryzu.
<b>dr n. med. Jadwiga Ciepły</b> <b>Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b>	Rozwój procesu próchnicowego w uzębieniu mlecznym istotnie zwiększa prawdopodobieństwo jego rozwoju w uzębieniu stałym. Utrzymująca się wysoka intensywność próchnicy w wieku rozwojowym i brak leczenia jest uznawane jako czynnik prognostyczny w utrzymaniu takiego stanu u dorosłych. Należy stwierdzić, że wprowadzenia refundacji technologii pn. „Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dziecka w wieku 3 lat” przyniesie korzyści całej populacji. Długoterminowo, pozwoli odsunąć w czasie konieczność inwazyjnego leczenia stomatologicznego a w przyszłości zmniejszyć potrzeby lecznicze.
<b>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</b> <b>Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b>	Cała populacja dzieci 3-letnich z i bez próchnicy w związku z większą dostępnością do większego wachlarza świadczeń i możliwych częstszych kontroli.
<b>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska</b> <b>Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b>	Nie dotyczy.

Ekspert	Pacjenci, którzy mogliby odnieść największe korzyści z wprowadzenia refundacji leczenia z zastosowaniem wnioskowanej technologii medycznej
<b>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka</b> <b>Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b>	Pacjenci w 3. roku życia mogliby odnieść największe korzyści z wprowadzenia refundacji leczenia z zastosowaniem wnioskowanej technologii medycznej, a beneficjentami byłyby te dzieci również i w kolejnych latach życia, przy przestrzeganiu właściwych zasad profilaktyki zdrowia jamy ustnej, a także rodzice, którzy nie byłoby narażeni na ryzyko powikłań zaniebanych zębów i odczuwania bólu przez dzieci, co w konsekwencji prowadzi do lęku, utrudnionej współpracy i niechęci dzieci do wizyt stomatologicznych.

Zródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

**Tabela 24. Opinie ekspertów dotyczące wpływu świadczenia na poprawę zdrowia obywateli - priorytety zdrowotne<sup>69</sup>**

Wskaźniki epidemiologiczne	prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. hum. Bernadetta Lzydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej
Choroby układu krążenia			X			X			
Choroby nowotworowe			X						
Choroby układu oddechowego			X			X			
Cukrzyca			X						
Rehabilitacja			X						
Zapobieganie otyłości			X						
Leczenie uzależnień			X						
Choroby psychiczne			X						
Choroby zakaźne i przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii			X						
Poprawa zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania	X	X	X		X			X	

<sup>69</sup> Wg Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018, poz. 469 z późn. zm)

Wskaźniki epidemiologiczne	prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. hum. Bernadetta Lzydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej
Opieka okołoporodowa, opieka nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3			X			X	X		X
Leczenie bólu i monitorowanie jego skuteczności			X				X		
Opieka geriatryczna i opieka nad osobami niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi			X						
Poprawa diagnostyki i leczenia chorób rzadkich			X						
Uzasadnienie	Choroba próchnicowa zębów mlecznych jest obarczona ryzykiem wielu powikłań miejscowych i ogólnych. Jest przyczyną utrudnionego żucia, zaburzeń rozwoju mowy i komunikacji interpersonalnej, wad zgryzu, bólu, infekcji okołozębowych (ropnie, przetoki), które mogą szerzyć się	Zastosowanie wnioskowanej technologii profilaktycznych świadczeń stomatologicznych u dzieci w wieku przedszkolnym (3-4 lata) będzie wspierać profilaktykę zdrowotną i kształtowania prozdrowotnych postaw wobec leczenia w środowisku wychowania dziecka w wieku 3-4 lat oraz	Choroby zębów, a szczególnie próchnica i jej powikłania powodują powstawanie w jamie ustnej ognisk zapalnych mogących szkodliwie oddziaływać na odległe tkanki i narządy organizmu.	Nieleczona próchnica może doprowadzić do wszystkich ww. schorzeń.	Priorytetem zdrowotnym jest uzyskanie zdrowej jamy ustnej u dzieci w wieku przedszkolnym co przyniesie wymierne korzyści. Wczesne etapy rozwoju próchnicy mogą być zatrzymane i odwrócone pod warunkiem zmniejszenia wpływu czynników etiologicznych. Ograniczenie	-	Zabiegi profilaktyczne stosowane u dzieci w 3. roku życia, czyli okresie pełnego uzębienia mlecznego mają na celu nie tylko profilaktykę przed samą chorobą próchnicową ale również jej następstw jak ból w trakcie codziennych czynności, ból związany z powikłaniami nieleczonej choroby próchnicowej (choroby miazgi,	-	Zastosowanie wnioskowanej technologii „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia” może wpłynąć na obniżenie częstości występowania i intensywności próchnicy dzieci w tej grupie wiekowej, podnieść ich i ich rodzin jakość życia oraz pozwoli uniknąć

Wskaźniki epidemiologiczne	prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. hum. Bernadetta Lzydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej	prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Grażyna Marczyk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr n. med. Marta Berdzik-Janecka Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej	dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej
	miejscowo w obrębie twarzoczaszki lub powodować zmiany w odległych narządach i wymagają antybiotykoterapii i leczenia chirurgicznego.	w późniejszych latach jego życia.			intensywności próchnicy w uzębieniu mlecznym obniżyć poziom flory próchnicotwórczej w jamie ustnej, co powinno zmniejszyć zachorowalność na próchnicę zębów stałych.		zapalenia okołowierzchołkowe, obrzęki) co ogranicza konieczność stosowania antybiotykoterapii w młodym wieku dziecka. Jednocześnie próchnica i jej powikłania wpływają negatywnie na jakość życia dziecka jak i ogólny stan zdrowotny zatem podstawa powinna być możliwość jak najszybszego zastosowania środków profilaktycznych oraz możliwie jak najczęściej - w mojej opinii co najmniej 1 raz na 3 msc.		powikłań choroby próchnicowej.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.



**Tabela 25. Opinie ekspertów dotyczące skutków następstw choroby lub stanu zdrowia<sup>70</sup>**

Skutki następstw choroby lub stanu zdrowia	Przedwczesny zgon	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Niezdolność do pracy	Przewlekłe cierpienie lub przewlekła choroba	Obniżenie jakości życia	Uzasadnienie
prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej					X	Zaburzona funkcja narządu żucia, utrudniona komunikacja interpersonalna, zaburzenia emocji, pogorszona estetyka twarzy. W przypadku dzieci z poważnymi niedoborami odporności (np. choroby onkologiczne, immunosupresja farmakologiczna) lub chorobami powiązаныmi z infekcjami okołozębowymi (np. wadami serca, cukrzycą, zespołem nerczycowym) następstwa powikłań choroby próchnicowej może być przyczyną poważnych powikłań ogólnoustrojowych zagrażających życiu.
dr n. hum. Bernadetta Izydorczyk Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej					X	Wnioskowana technologia gwarantowania świadczenia profilaktycznych świadczeń stomatologicznych i wizyt adaptacyjnych u dzieci w wieku przedszkolnym będzie wspierać profilaktykę zdrowotną i kształtowanie prozdrowotnych postaw wobec leczenia w środowisku wychowania dziecka w wieku przedszkolnym
prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej					X	Przedwczesna utrata uzębienia mlecznego w wyniku choroby próchnicowej powoduje znaczne obniżenie jakości życia u pacjentów, powoduje bardzo duże powikłania, co ma wpływ na rozwój dziecka.
prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej					X	Choroby zębów i przyzębia, których skutkiem może być utrata uzębienia są przyczyną trudności z odżywianiem, artykulacją oraz ogólnie złym wizerunkiem co ma wpływ na odbiór społeczny, ocenę otoczenia w tym mniejsze szanse na pozyskanie partnera, grona towarzyskiego a przede wszystkim uzyskania pracy.
lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X		Głęboka próchnica powoduje silne dolegliwości bólowe danego zęba, a stany zapalne miazgi i zapalenia tkanek okołowierzchołkowych bóle okolicznych zębów a nawet całej głowy.
lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego						Pomijanie technologii medycznej wymienianej na wstępie może doprowadzić do stanów ww.

<sup>70</sup> Wg Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.)

Skutki następstw choroby lub stanu zdrowia	Przedwczesny zgon	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Niezdolność do pracy	Przewlekłe cierpienie lub przewlekła choroba	Obniżenie jakości życia	Uzasadnienie
w dziedzinie stomatologii dziecięcej						
<b>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada</b> Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej					X	Proces próchnicowy często jest bardzo dynamiczny, w krótkim czasie doprowadza do powikłań ze strony miazgi i tkanek okołowierzchołkowych oraz procesów zapalnych tkanek przyległych, będąc tym samym źródłem infekcji dla całego organizmu. W konsekwencji często dochodzi do przedwczesnej utraty zębów mlecznych, co może prowadzić do zaburzeń w mowie i polykaniu oraz być przyczyną wad zgryzu. Wszystkie te zmiany pogarszają komfort życia dzieci.
<b>dr n. med. Jadwiga Ciepły</b> Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej					X	
<b>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</b> Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej				X	X	Zabiegi profilaktyczne stosowane u dzieci w 3. roku życia, czyli okresie pełnego uzębienia mlecznego mają na celu nie tylko profilaktykę przed samą chorobą próchnicową ale również jej następstw jak ból w trakcie codziennych czynności, ból związany z powikłaniami nie leczonej choroby próchnicowej (choroby miazgi, zapalenia okołowierzchołkowe, obrzęki) co ogranicza konieczność stosowania antybiotykoterapii w młodym wieku dziecka. Jednocześnie próchnica i jej powikłania wpływają negatywnie na jakość życia dziecka jak i ogólny stan zdrowotny zatem podstawa powinna być możliwość jak najszybszego zastosowania środków profilaktycznych oraz możliwie jak najczęściej- w mojej opinii co najmniej 1 raz na 3 msc.
<b>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska</b> Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej					X	-

Skutki następstw choroby lub stanu zdrowia	Przedwczesny zgon	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Niezdolność do pracy	Przewlekłe cierpienie lub przewlekła choroba	Obniżenie jakości życia	Uzasadnienie
<p>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka</p> <p>Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>				X	X	<p>Zachowanie zębów mlecznych do eksfoliacji jest jednym z czynników warunkujących prawidłowy rozwój narządu żucia. Zęby mleczne utrzymują miejsce dla zębów stałych oraz stymulują rozwój wyrostka zębowego. Przedwczesna utrata zębów mlecznych może być przyczyną wad zgryzu i wad wymowy, utrudnia prawidłowe odżywianie dziecka i zaburza przebieg rozwoju psychospołecznego, powodując ból i obniżenie jakości życia. Główną przyczyną przedwczesnych ekstrakcji zębów mlecznych są pulpopatie rozwijające się na skutek nieleczonej próchnicy. Ból pochodzenia zębowego i zębopochodne infekcje są częstym powodem wizyty u lekarza dentystry. Nielezione infekcje zębopochodne wykazują tendencję do szybkiego rozprzestrzenienia się i zajmowania kolejnych przestrzeni anatomicznych w obrębie głowy i szyi. Mogą stanowić poważne zagrożenie zdrowia, a nawet życia pacjenta, ze względu na bezpośrednie sąsiedztwo z drogami oddechowymi i mózgowiem.</p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

Tabela 26. Opinie ekspertów dotyczące istotności wnioskowanej technologii medycznej

Istotność wnioskowanej technologii medycznej	Ratująca życie i prowadząca do pełnego wyzdrowienia	Ratująca życie i prowadząca do poprawy stanu zdrowia	Zapobiegająca przedwczesnemu zgonowi	Poprawiająca jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość	Uzasadnienie
<p>prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk</p> <p>Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>				X	<p>Zapobieganie próchnicy zębów i jej leczeniu umożliwia prawidłowy rozwój układu stomatognatycznego i jego funkcji. Stanowi profilaktykę wad zgryzu i mowy. Pozwala na prawidłowy rozwój psychofizyczny dziecka.</p>
<p>dr n. hum. Bernadetta Izydorczyk</p> <p>Konsultant Krajowy w dziedzinie psychologii klinicznej</p>				X	<p>Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne i wizyty adaptacyjne dzieci 3-4 lat mają znaczenie dla dalszego rozwoju psychospołecznego w kontekście adaptacji dziecka do sytuacji kontaktu z lekarzem i mogą wpływać na jakość relacji z lekarzem. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne i wizyty adaptacyjne dla ogółu dzieci w wieku przedszkolnym mogą wspierać profilaktykę zdrowotną i kształtowanie prozdrowotnych postaw wobec leczenia u dziecka w toku wzrostu i rozwoju na różnych etapach jego dalszego życia.</p>
<p>prof. dr hab. n. med. Maria Mielnik-Błaszczak</p> <p>Konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>				X	<p>Profilaktyka to najbardziej skuteczna metoda zapobiegająca chorobie próchnicowej. Stosowana jest na całym świecie. Jest to metoda nie wymagająca dużych nakładów finansowych.</p>

Istotność wnioskowanej technologii medycznej	Ratująca życie i prowadząca do pełnego wyzdrowienia	Ratująca życie i prowadząca do poprawy stanu zdrowia	Zapobiegająca przedwczesnemu zgonowi	Poprawiająca jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość	Uzasadnienie
<p>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>				X	<p>Wprowadzie odzębowe procesy chorobowe bywają przyczyną ciężkich schorzeń a nawet zgonów jednak są to przykłady stosunkowo rzadko występujące. Udowodnioną okolicznością jest nie korzystny wpływ tych patologii na przebieg chorób systemowych oraz modyfikację ich farmakoterapii.</p>
<p>lek. dent. Barbara Hamryszak Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>				X	<p>Zachowanie zdrowego uzębienia mlecznego wpływa na prawidłowy rozwój zębów stałych. Próchnica jako choroba zakaźna może być przenoszona z zębów mlecznych na stałe, bowiem od 6 roku życia do 12 roku życia w jamie ustnej występują obydwa rodzaje zębów.</p>
<p>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>				X	<p>Zgadzam się z ostatnią pozycją, reszta jest mocno przesadzona.</p>
<p>dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada Konsultant województwa podlaskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>				X	<p>Zapobieganie powstawaniu ognisk próchnicowych, które w krótkim czasie doprowadzają do powikłań ze strony miazgi i tkanek okołowierzchołkowych oraz procesów zapalnych tkanek przyległych, którym zawsze towarzyszy ból. Proces próchnicowy często jest bardzo dynamiczny, w krótkim czasie doprowadza do powikłań ze strony miazgi i tkanek okołowierzchołkowych oraz procesów zapalnych tkanek przyległych, będąc tym samym źródłem infekcji dla całego organizmu. W konsekwencji często dochodzi do przedwczesnej utraty zębów mlecznych, co może prowadzić do zaburzeń w mowie i połykaniu oraz być przyczyną wad zgryzu. Wszystkie te zmiany pogarszają komfort życia dzieci.</p>
<p>dr n. med. Jadwiga Ciepły Konsultant województwa małopolskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>				X	<p>Zbyt późno podjęte działania profilaktyczne i zaniedbania w leczeniu są często przyczyną dolegliwości bólowych, przymusowych i przedwczesnych ekstrakcji zębów, powodują narastanie niejednokrotnie już obecnego lęku przed leczeniem. Braki w uzębieniu mlecznym prowadzą do powstawania wad zgryzu i utrudnionego żucia, wykształcenia nieprawidłowych nawyków językowych, a także są przyczyną zaburzeń mowy. Mogą powodować zmianę rysów i estetyki twarzy, ale często stają się też powodem naśmiewania ze strony rówieśników, odrzucenia społecznego, izolacji z grupy, niskiej</p>

Istotność wnioskowanej technologii medycznej	Ratująca życie i prowadząca do pełnego wyzdrowienia	Ratująca życie i prowadząca do poprawy stanu zdrowia	Zapobiegająca przedwczesnemu zgonowi	Poprawiająca jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość	Uzasadnienie
					<p>samooceny i problemami natury psychologicznej małego pacjenta. Trudności w żuciu powodują brak przybierania na wadze, upośledzony wzrost organizmu, zaburzenia w rozwoju fizycznym. Nieleczona próchnica wraz z jej następstwami może być czynnikiem sprzyjającym rozwojowi chorób ogólnoustrojowych. Nielezione infekcje zębopochodne mogą być przyczyną zakażeń odogniskowych, mogących stanowić zagrożenie zdrowia, a nawet życia pacjenta. Wśród schorzeń ogólnych związanych z patogenami obecnymi w jamie ustnej wymienia się następujące: bakteryjne zapalenie wsierdza, zapalenie płuc, zapalenie śródpiersia, zapalenie mięśnia sercowego, udar mózgu, zaostrenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, niedokrwistość, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie tęczówki, rogówki, nerwu wzrokowego a nawet sepsę.</p> <p>Brak szeroko zakrojonych działań profilaktycznych, a w konsekwencji brak leczenia próchnicy zębów wpływają na pogorszenie stanu zdrowia jamy ustnej u pacjentów w wieku rozwojowym, powodują konieczność leczenia zaniedbań i następstw choroby a także skutkują zwiększeniem nakładów na leczenie, które zawsze przewyższa koszty profilaktyki. Zaawansowane zmiany próchnicowe wymagają bardziej kompleksowego, droższego i bardziej traumatycznego leczenia.</p>
<p><b>dr n. med. Marta Berdzik-Janecka</b> Konsultant województwa dolnośląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>				<p>X</p>	<p>Zdrowie to nie tylko brak choroby jako takiej ale uzyskanie i utrzymanie dobrostanu fizyczno-psychicznego czego nierozzerwalną częścią dla dziecka jest brak trosk, bólu, łatwość wykonywania codziennych czynności oraz wygląd czyli składowe jakości życia. Stąd ładny uśmiech umożliwiający prawidłowe spożywanie posiłku i funkcjonowanie w grupie jest niezwykle istotne pomijając sam fakt potencjalny spadek frekwencji próchnicy u dzieci.</p>
<p><b>dr hab. n. med. Lidia Postek – Stefańska</b> Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>				<p>X</p>	<p>-</p>
<p><b>dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka</b> Konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</p>				<p>X</p>	<p>Zastosowanie wnioskowanej technologii „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia” może wpłynąć na obniżenie częstości występowania i intensywności próchnicy dzieci w tej grupie wiekowej, podnieść ich i ich rodzin jakość życia oraz pozwoli uniknąć powikłań choroby próchnicowej.</p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

**Tabela 27. Inne uwagi ekspertów**

Ekspert	Inne uwagi
<p><b>prof. dr hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka</b>  <b>Konsultant województwa lubuskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Z uwagi na uwarunkowanie i dynamikę procesu chorobowego u dzieci oraz obiektywnie trudniejsze realizowanie stomatologicznych procedur leczniczych niż w wieku dojrzałym konieczne jest systematyczne kontrolowanie stanu uzębienia oraz adekwatne i w odpowiednim czasie podjęcie interwencji profilaktycznej i/ lub leczniczej co oprócz korzyści zdrowotnych w wymiarze populacji łączy się ze znacznym obniżeniem kosztów związanych z likwidowaniem skutków zdrowotnych nieleczonej próchnicy zębów.</p>
<p><b>lek. stom. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać</b>  <b>Konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej</b></p>	<p>Opieka stomatologiczna nad dziećmi w Polsce stoi na bardzo niskim poziomie, brak gabinetów w placówkach oświatowych, słabe finansowanie procedur dziecięcych, specyfika pracy z najmłodszymi pacjentami zniechęca lekarzy dentyistów do specjalizowania się w tej dziedzinie.</p>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie korespondencji z ekspertami.

**Podsumowanie:**

Wszyscy eksperci stoją na stanowisku, że oceniana technologia powinna być finansowana ze środków publicznych. Wskazują, że obecnie nie ma możliwości przeprowadzenia wizyty profilaktycznej w 3. roku życia dziecka, co stanowi istotną lukę w opiece stomatologicznej. Profilaktyka stomatologiczna (w tym fluorkowa) jest najtańszą i najskuteczniejszą metodą zapobiegającą próchnicy zębów, która wcześniej wykryta i leczona obniża koszty leczenia w późniejszych latach. Ekspertki zgodnie wskazują, że oceniana technologia przyczyni się do poprawy zdrowia i jakości życia.

**8.2. Opinie organizacji reprezentujących pacjentów**

Nie odnaleziono organizacji pacjenckich związanych z przedmiotowym tematem i nie prowadzono korespondencji z przedstawicielami organizacji reprezentujących pacjentów.



## 9. Piśmiennictwo

### Badania pierwotne i wtórne

- Armfield 2013** Armfield JM, Heaton LJ, Management of fear and anxiety in a dental clinic: a review, Australian Dental Journal, 2013, 58: 390-407
- Bader 2012** Bader J.D., Rozier G., Harris R., Lohr K.N., Dental Disease Prevention: The Physician's Role in Child Oral Health: Systematic Evidence Review, USA, 2004
- Chen 2023** Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Randomized Clinical Trial on Sodium Fluoride with Tricalcium Phosphate. J Dent Res. 2021 Jan;100(1):66-73., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7754823/> [data dostępu: 26.04.2023 r.]
- Chou 2014** Chou 2014 (Chou R, Cantor A, Zakher B, Mitchell JP, Pappas M. Prevention of Dental Caries in Children Younger Than 5 Years Old: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 104. AHRQ Publication No. 12-05170-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014.
- Pawka 2010** Pawka B., Dreher P., Herda J., Szwiec I., Krasicka M., Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym, Probl Hig Epidemiol 2010, 91(1): 5-7
- Porritt 2012** Porritt J, Marshman Z, Rodd HD, Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction; Int J Paediatr Dent, 2012, 22(6): 397-405

### Rekomendacje kliniczne i finansowe

- AAP 2023** Maintaining and Improving the Oral Health of Young Children, American Academy of Pediatrics, Volume 151, Number 1, January 2023, <https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/1/e2022060417/190307/Maintaining-and-Improving-the-Oral-Health-of-Young?autologincheck=redirected> [data dostępu: 28.04.2023 r.]
- AAPD a 2016** American Academy of Pediatric Dentistry, Guideline on Restorative Dentistry, 2016, [https://www.aapd.org/assets/1/7/G\\_Restorative1.PDF](https://www.aapd.org/assets/1/7/G_Restorative1.PDF) [data dostępu: 28.04.2023 r.]
- AAPD b 2017** American Academy of Pediatric Dentistry, Use of Silver Diamine Fluoride for Dental Caries Management in Children and Adolescents, Including Those with Special Health Care Needs, 2017, [https://www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/g\\_sdf.pdf](https://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_sdf.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]
- AAPD c 2018** American Academy of Pediatric Dentistry, Fluoride Therapy, 2018, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_fluoridetherapy.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_fluoridetherapy.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]
- AAPD d 2020** American Academy of Pediatric Dentistry, Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient, 2020, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_behavguide.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]
- AAPD e 2021** American Academy of Pediatric Dentistry, Management of the Developing Dentition and Occlusion in Pediatric Dentistry, 2021, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_developdentition.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_developdentition.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]
- AAPD f 2022** American Academy of Pediatric Dentistry, Caries-Risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents, 2022, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_cariesriskassessment.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_cariesriskassessment.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]
- AAPD g 2022** American Academy of Pediatric Dentistry, Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents, 2022, [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_periodicity.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_periodicity.pdf)
- ADA a 2009** American Dental Association, Preventing dental caries through school-based sealant programs Updated recommendations and reviews of evidence, 2009, [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)64584-0/pdf](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)64584-0/pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]
- ADA b 2013** American Dental Association, Topical fluoride for caries prevention Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review, <https://jada.ada.org/action/showPdf?pii=S0002-8177%2814%2960659-0> [data dostępu: 28.04.2023 r.]
- ADA c 2014** American Dental Association, Fluoride toothpaste use for young children, 2014, <https://jada.ada.org/action/showPdf?pii=S0002-8177%2814%2960226-9> [data dostępu: 28.04.2023 r.]
- CPS 2016** Canadian Paediatric Society, An update to the Greig Health Record: Preventive health care visits for children and adolescents aged 6 to 17 years – Technical report, 2016, <https://cps.ca/en/documents/position/greig-health-record-technical-report> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**EAPD a 2004** European Academy of Paediatric Dentistry, EAPD guidelines for the use of pit and fissure sealants, 2004, [https://www.eapd.eu/uploads/D052751D\\_file.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/D052751D_file.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**EAPD b 2008** European Academy of Paediatric Dentistry, Guidelines on Prevention of Early Childhood Caries: An EAPD Policy Document, 2008, [https://www.eapd.eu/uploads/1722F50D\\_file.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/1722F50D_file.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**EAPD c 2016** European Academy of Paediatric Dentistry, Best clinical practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document, 2016, [https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD\\_ECC\\_Management\\_2016.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD_ECC_Management_2016.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**EAPD d 2019** European Academy of Paediatric Dentistry, Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document, 2019, [https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD\\_Fluoride\\_Guidelines\\_2019.pdf](https://www.eapd.eu/uploads/files/EAPD_Fluoride_Guidelines_2019.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**FDI 2016** Pitts, N. Zero, D., White Paper on Dental Caries Prevention and Management. A summary of the current evidence and the key issues in controlling this preventable disease, 2016, [https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/2016-fdi\\_cpp-white\\_paper.pdf](https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/2016-fdi_cpp-white_paper.pdf) [data dostępu: 28.04.2023]

**Government of Dubai 2021** Government of Dubai, Guidelines for Pediatric Dentistry Version 1; 2021 <https://www.dha.gov.ae/uploads/112021/920f034a-bf39-4197-8000-8bb0b2fb5cd4.pdf> [data dostępu: 12.04.2023]

**IDPH 2021** Oral health policy and practice guidelines for pediatric health care providers, [https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/publications/idph/topics-and-services/prevention-wellness/oral-health/maternal-and-child-oral-health-programs/oral-health-in-illinois-Oral-Health-in-Illinois-Guidelines-for-Pediatric-Health-Care-Providers\\_Nov.17.2021.pdf](https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/publications/idph/topics-and-services/prevention-wellness/oral-health/maternal-and-child-oral-health-programs/oral-health-in-illinois-Oral-Health-in-Illinois-Guidelines-for-Pediatric-Health-Care-Providers_Nov.17.2021.pdf) [data dostępu: 12.04.2023]

**IOHSGI a 2009** Irish Oral Health Services Guideline Initiative, Strategies To Prevent Dental Caries In Children And Adolescents, Evidence-based Guidance on identifying high caries risk children and developing preventive strategies for high caries risk children in Ireland, 2009, <https://www.ucc.ie/en/media/research/ohsrc/PreventDentalCariesFull.pdf> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**IOHSGI b 2012** Irish Oral Health Services Guideline Initiative, Oral Health Assessment Best practice guidance for providing an oral health assessment programme for school-aged children in Ireland, 2012, <https://www.ucc.ie/en/media/research/ohsrc/OralHealthAssessmentFull.pdf> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**NICE 2014 a** National Institute for Health and Care Excellence, Oral health: local authorities and partners, <https://www.nice.org.uk/guidance/ph55/resources/oral-health-local-authorities-and-partners-pdf-1996420085701> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**NICE 2015 b** National Institute for Health and Care Excellence, Oral health promotion: general dental practice, 2015, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng30/resources/oral-health-promotion-general-dental-practice-pdf-1837385644741> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**NSW 2014** Government of New South Wales, Early Childhood Oral Health Guidelines for Child Health Professionals, 3rd Edition, 2014, [https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2014\\_020.pdf](https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2014_020.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**PTSD a 2017** Szczepańska J., i współpr., Zalecenia w zakresie higieny jamy ustnej dla dzieci i młodzieży w kolejnych grupach wiekowych, [https://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2017/05/Zalecenia\\_w\\_zakresie\\_higieny\\_jamy\\_ustnej\\_dla\\_dzieci\\_i\\_mlodziezy\\_w\\_kolejnych\\_grupach\\_wiekowych.pdf](https://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2017/05/Zalecenia_w_zakresie_higieny_jamy_ustnej_dla_dzieci_i_mlodziezy_w_kolejnych_grupach_wiekowych.pdf) [data dostępu: 11.04.2023]

**PTSD b 2022** Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej, Środki fluorokowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych – rekomendacje Polskich Ekspertów. Aktualizacja zaleceń: Indywidualna profilaktyka fluorokowa u dzieci, młodzieży – rekomendacje Polskich Ekspertów, 2022, [https://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2023/02/ns\\_2022\\_035-059F.pdf](https://ptsd.net.pl/wp-content/uploads/2023/02/ns_2022_035-059F.pdf) [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**RACGP 2021** Royal Australian College of General Practitioners, Guidelines for preventive activities in general practice, 2021, <https://www.racgp.org.au/getattachment/1ad1a26f-9c8b-4e3c-b45b-3237272b3a04/Guidelines-for-preventive-activities-in-general-practice.aspx> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**SDCEP 2018** Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme, Prevention and Management of Dental Caries in Children, Second Edition, 2018 <https://www.sdcep.org.uk/media/2zbrkdq/sdcep-prevention-and-management-of-dental-caries-in-children-2nd-edition.pdf> [data dostępu: 12.04.2023]

**U.S. PSTF 2021** United States Preventive Services Task Force, Prevention of Dental Caries in Children Younger Than 5 Years: Screening and Interventions, 2021, <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/final-evidence-summary/prevention-of-dental-caries-in-children-younger-than-age-5-years-screening-and-interventions1> [data dostępu: 28.04.2023 r.]

**WHO 2019** Ending Childhood Dental Caries, WHO Implementation manual, Oral Health Programme, Prevention of Noncommunicable Diseases WHO Headquarters, 2019

**Pozostałe publikacje**

**AAPD 2014** American Academy of Pediatric Dentistry, Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies, 2014

<b>AOTMiT nr BP.434.28.2017</b>	AOTMiT nr BP.434.28.2017 „Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 3. roku życia”
<b>AOTMiT-OT-430-19/2015</b>	AOTMiT-OT-430-19/2015 „Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb”
<b>Cameron 2013</b>	Cameron AC, Widmer RP, Stomatologia dziecięca, Wyd. Medyczne Edra Urban & Partner, Wrocław 2015, wyd. 3.
<b>GUS</b>	GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r., Warszawa, Kraków 2022
<b>GUS 2019</b>	GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1
<b>GUS 2020</b>	GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1
<b>GUS 2021</b>	GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1
<b>GUS 2022</b>	GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia. Tablice w formacie XLS, Tablica 1
<b>Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r.</b>	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. 2021 poz. 2148 z późn.zm.
<b>Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 5 czerwca 2023 r.</b>	Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 5 czerwca 2023 r. w sprawie rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej
<b>Olczak-Kowalczyk 2013</b>	Olczak-Kowalczyk D, Wagner L, Zapobieganie i leczenie choroby próchnicowej u dzieci, Wyd.Borgis, Warszawa 2013, wyd. 1
<b>Olczak-Kowalczyk 2021</b>	red. Olczak-Kowalczyk D., Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020, Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia populacji polskiej, Podsumowanie wyników badań z lat 2016-2019, Warszawa 2021
<b>Olczak-Kowalczyk 2021</b>	red. Olczak-Kowalczyk D., Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020, Wiedza i zachowania zdrowotne a próchnica zębów u dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2016-2019, Edukacja prozdrowotna, Warszawa 2021
<b>pediatria.mp.pl</b>	<a href="http://pediatria.mp.pl/prawidlowyrozwoj/jamaustna_zeby/67445,zabkowanie-rozwoj-i-wyrzynanie-zebow-mlecznych">http://pediatria.mp.pl/prawidlowyrozwoj/jamaustna_zeby/67445,zabkowanie-rozwoj-i-wyrzynanie-zebow-mlecznych</a> [data dostępu: 12.01.2017r.]
<b>PTSD 2015</b>	Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej u dzieci i młodzieży
<b>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r.</b>	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018, poz. 469 z późn. zm)
<b>Szczepańska 2015</b>	Szczepańska i wsp. 2015 Zalecenia higieniczne w obrębie jamy ustnej dla dzieci i młodzieży, Nowa Stomatologia, 2015, 20(3): 125-130).
<b>Turska-Szybka 2011</b>	Turska-Szybka, Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa i indywidualna ocena poziomu ryzyka na podstawie CAMBRA, 2011, 3: 119-127
<b>Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.</b>	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.)

---

<b>WHO 2008</b>	WHO, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta Tom I, Wydanie 2008, <a href="https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf">https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf</a> [data dostępu: 12.01.2017r.]
<b>Zarządzenie Nr 60/2023/D SOZ</b>	Zarządzenie Nr 60/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne

## 10. Załączniki

### 10.1. Strategie wyszukiwania publikacji

Tabela 28. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 20.04.2023 r.)

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	"Child, Preschool"[Mesh]	987 058
#2	"Preschool Child"[Title/Abstract]	840
#3	"3 years old"[Title/Abstract]	4 732
#4	#1 OR #2 OR #3	989 848
#5	"Preventive Dentistry"[Mesh]	36 939
#6	"Pediatric Dentistry"[Mesh]	4 786
#7	"Dental Care for Children"[Mesh]	4 133
#8	"Dental Prophylaxis"[Mesh]	8 079
#9	"preventive dentistry"[Title/Abstract]	1 443
#10	"pediatric dentistry"[Title/Abstract]	2 415
#11	"dental care for children"[Title/Abstract]	344
#12	"dentistry for children"[Title/Abstract]	190
#13	"dental prophylaxis"[Title/Abstract]	592
#14	"preventive dental care"[Title/Abstract]	437
#15	"preventive dental therapy"[Title/Abstract]	4
#16	"preventive dental visit"[Title/Abstract]	46
#17	"dental adaptation visit"[Title/Abstract]	2
#18	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	47 221
#19	"Malocclusion"[Mesh]	35 295
#20	"Orthodontics, Preventive"[Mesh]	1 391
#21	"malocclusion"[Title/Abstract]	12 497
#22	"orthodontics, preventive"[Title/Abstract]	22
#23	#19 OR #20 OR #21 OR #22	39 790
#24	"oral hygiene"[Title/Abstract]	15 869
#25	"tooth hygiene"[Title/Abstract]	4
#26	"dental hygiene"[Title/Abstract]	3 435
#27	#24 OR #25 OR #26	18 984
#28	"fluoride therapy"[Title/Abstract]	353
#29	"early childhood caries"[Title/Abstract]	2 076
#30	#28 OR #29	2 421
#31	"prevention and control"[Subheading]	1 445 619
#32	"prevention control"[Title/Abstract]	1 539
#33	"preventive measures"[Title/Abstract]	26 759
#34	"assessment"[Title/Abstract]	1 234 407

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#35	#31 OR #32 #33 OR #34	1 241 980
#36	#23 AND #35	1 952
#37	#27 AND #35	1 938
#38	#30 AND #35	323
#39	#18 OR #36 OR #37 OR #38	50 400
#40	#4 AND #39	6 912
#41	#40 Filtres: Full text, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Review, from 2017 - 2023	136

Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

**Tabela 29. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 24.04.2023 r.)**

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	Child, Preschool.af.	525
#2	Preschool Child.ab,ti	662
#3	3 years old.ab,ti.	5 497
#4	1 or 2 or 3	6 671
#5	Preventive Dentistry.af.	21 452
#6	Pediatric Dentistry.af.	24 285
#7	Dental Care for Children.af.	582
#8	Dental Prophylaxis.af.	1 410
#9	preventive dentistry.ab,ti.	922
#10	pediatric dentistry.ab,ti.	2 033
#11	dental care for children.ab,ti.	404
#12	dentistry for children.ab,ti.	129
#13	dental prophylaxis.ab,ti.	490
#14	preventive dental care.ab,ti.	428
#15	preventive dental therapy.ab,ti.	5
#16	preventive dental visit.ab,ti.	52
#17	dental adaptation visit.ab,ti.	0
#18	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	46 274
#19	Malocclusion.af.	33 688
#20	Orthodontics, Preventive.af.	91
#21	malocclusion.ab,ti.	11 189
#22	orthodontics, preventive.ab,ti.	0
#23	19 or 20 or 21 or 22	33 770
#24	oral hygiene.ab,ti.	16 693
#25	tooth hygiene.ab,ti.	2
#26	dental hygiene.ab,ti.	3 275
#27	24 or 25 or 26	19 657
#28	fluoride therapy.ab,ti.	367



Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#29	early childhood caries.ab,ti.	1 925
#30	28 or 29	2 286
#31	(prevention and control).ab,ti.	175 101
#32	prevention control.ab,ti.	1 280
#33	preventive measures.ab,ti.	35 389
#34	assessment.ab,ti.	1 756 906
#35	31 or 32 or 33 or 34	1 950 012
#36	23 and 35	1 996
#37	27 and 35	2 709
#38	30 and 35	381
#39	18 or 36 or 37 or 38	50 556
#40	4 and 39	81
#41	limit 40 to yr="2017 - 2023"	34

Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

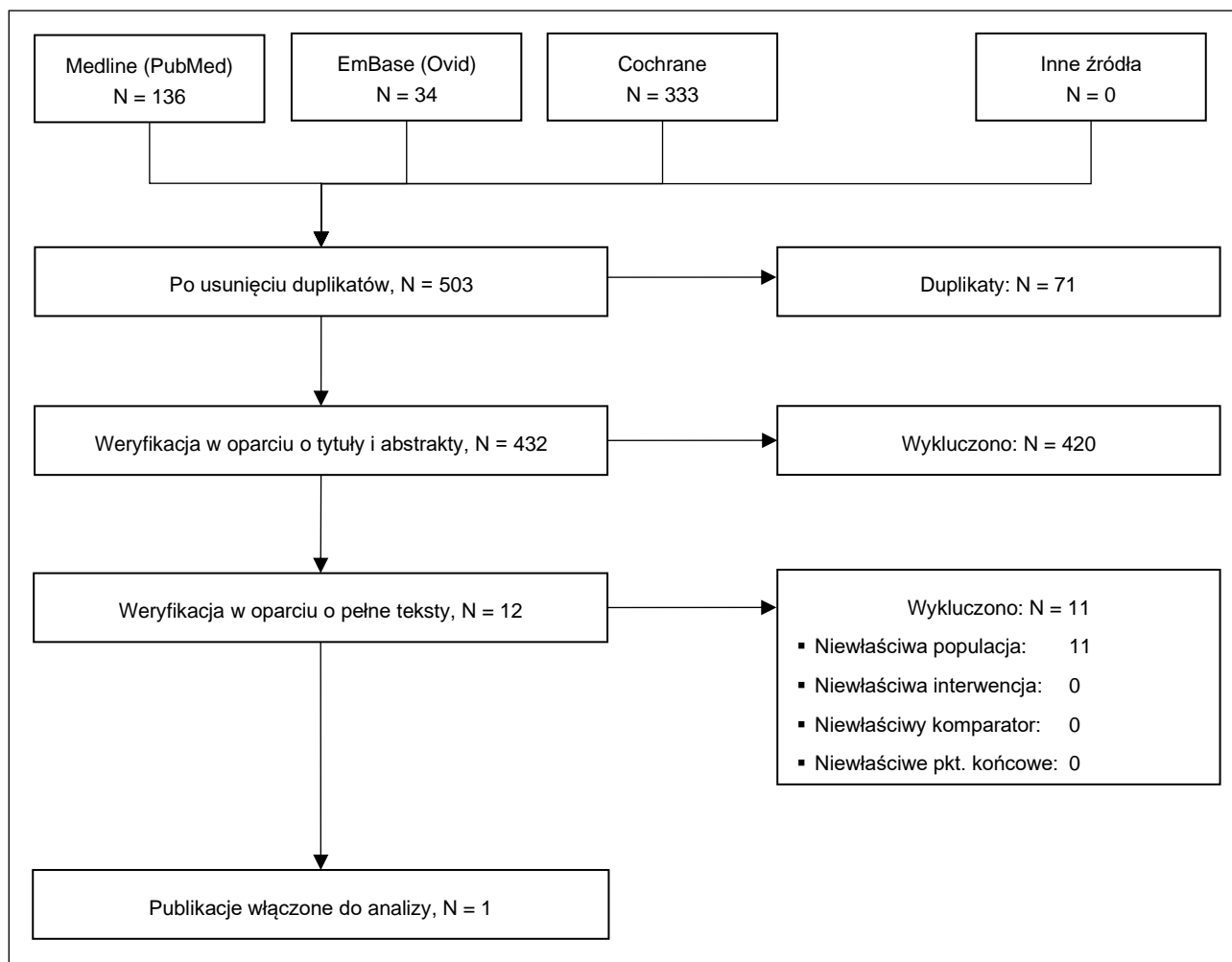
**Tabela 30. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 20.04.2023 r.)**

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#1	MeSH descriptor: [Child, Preschool] explode all trees	35 000
#2	(Preschool Child):ti,ab,kw	45 071
#3	(3 years old):ti,ab,kw	43 532
#4	#1 OR #2 OR #3	85 732
#5	MeSH descriptor: [Preventive Dentistry] explode all trees	4 175
#6	MeSH descriptor: [Pediatric Dentistry] explode all trees	66
#7	MeSH descriptor: [Dental Care for Children] explode all trees	224
#8	MeSH descriptor: [Dental Prophylaxis] explode all trees	1 782
#9	(preventive dentistry):ti,ab,kw	831
#10	(pediatric dentistry):ti,ab,kw	615
#11	(dental care for children):ti,ab,kw	1 289
#12	(dentistry for children):ti,ab,kw	781
#13	(dental prophylaxis):ti,ab,kw	1 402
#14	(preventive dental care):ti,ab,kw	1 734
#15	(preventive dental therapy):ti,ab,kw	2 066
#16	(preventive dental visit):ti,ab,kw	699
#17	(dental adaptation visit):ti,ab,kw	99
#18	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	8 979
#19	MeSH descriptor: [Malocclusion] explode all trees	1 283
#20	MeSH descriptor: [Orthodontics, Preventive] explode all trees	18
#21	(malocclusion):ti,ab,kw	2 026
#22	(orthodontics, preventive):ti,ab,kw	762

Nr	Kwerenda	Liczba rekordów
#23	#19 OR #20 OR #21 OR #22	2 747
#24	(oral hygiene):ti,ab,kw	6 521
#25	(tooth hygiene):ti,ab,kw	3 397
#26	(dental hygiene):ti,ab,kw	4 345
#27	#24 OR #25 OR #26	6 962
#28	(fluoride therapy):ti,ab,kw	1 403
#29	(early childhood caries):ti,ab,kw	405
#30	#28 OR #29	1 791
#31	Any MeSH descriptor in all MeSH products	0
#32	(prevention control):ti,ab,kw	223 479
#33	(preventive measures):ti,ab,kw	83 330
#34	(assessment):ti,ab,kw	634 279
#35	#31 OR #32 #33 OR #34	672 253
#36	#23 AND #35	1 117
#37	#27 AND #35	3 363
#38	#30 AND #35	889
#39	#18 OR #36 OR #37 OR #38	12 060
#40	#4 AND #39	1 412
#41	#4 AND #39 with Publication Year from 2017 to 2023, in Trials with Oral Health in Cochrane Groups	333

Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

## 10.2. Diagram selekcji badań



**Rysunek 1. Diagram selekcji publikacji dla doniesień naukowych**

Źródło: opracowanie własne AOTMiT