

Minister Zdrowia

**Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej
w latach 2013-2015**

Program na lata 2013 - 2015

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz 1027, z późn. zm.)

II. Streszczenie

1) skrótowy opis celów i podstawowych elementów programu

Obecny program jest kontynuacją programu pt. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010-2012.

Wyniki badań, wykonanych w ramach programu realizowanego w poprzednich latach, są zamieszczane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia

Cel główny badań:

- ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych.
- badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stwierdzony w ww. badaniach stomatologicznych stan zdrowia.

Cele szczegółowe badań:

- określenie stanu zdrowia jamy ustnej i związanej z nim jakości życia różnych grup wiekowych populacji polskiej;
- określenie stanu, tendencji i uwarunkowań próchnicy u dzieci i młodzieży oraz chorób przyzębia u osób dorosłych;
- określenie aktualnych potrzeb profilaktyczno-leczniczych i edukacyjnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej różnych grup wiekowych populacji oraz stopnia ich zaspokojenia, z uwzględnieniem istniejącego zróżnicowania środowiskowego i regionalnego;
- określenie istniejącego zróżnicowania stanu zdrowia jamy ustnej oraz dostępności do opieki stomatologicznej;
- wskazanie strategii, programów oraz działań profilaktyczno-edukacyjnych umożliwiających poprawę stanu zdrowia ludności kraju.

Zgodnie z przyjętymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zasadami monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej najmłodsze indeksowe grupy wiekowe populacji są badane w odstępach 2 lat, dorastająca młodzież oraz młodzież kończąca szkołę licealną w odstępach odpowiednio 3 i 5 lat. Wyznaczone odstępy czasu pomiędzy badaniami określonych grup wiekowych są związane z dynamiką procesu próchnicy zębów, która jest najwyższa u dzieci

w okresie kilku lat po wyrznięciu zębów i z upływem czasu ulega obniżeniu. Grupy osób dorosłych badane są w odstępach 5-8 letnich.

Prowadzone badania epidemiologiczne i socjomedyczne będą miały zasięg ogólnopolski i będą realizowane w oparciu o corocznie prowadzone badania epidemiologiczne i socjomedyczne określonych indeksowych grup wiekowych populacji. Próby populacji, (średnio 2000 osób w 1 grupie wiekowej) wyłonione będą w losowaniu wielowarstwowym. Badania będą prowadzone wg zaleceń i w oparciu o kryteria klasyfikacji stanów klinicznych WHO (Oral Health Surveys. Basic Data. WHO Geneva 1997) oraz przy współpracy regionalnych uczelni medycznych i konsultantów wojewódzkich. Osoby prowadzące badania stomatologiczne będą wyłaniane w procesie szkoleniowo-kalibracyjnym. Badania terenowe będą uzupełnione o działania edukacyjne promujące zdrowie jamy ustnej.

Wyniki prowadzonych badań umożliwią odniesienie się do skuteczności obecnego systemu opieki stomatologicznej i wskazanie kierunków usprawnień umożliwiających poprawę stanu zdrowia i jakości życia dzieci oraz osób dorosłych w kraju.

2) określenie wysokości środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji

Program zostanie sfinansowany z budżetu pozostającego w dyspozycji Ministra Zdrowia z części 46 – Zdrowie, działu – 851 – Ochrona zdrowia, rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej.

Koszt realizacji proponowanych zadań to:

w 2013 roku 550 000 zł,

w 2014 roku 550 000 zł

w 2015 roku 600 000 zł

Środki będą zabezpieczone w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia, w ramach corocznego limitu wydatków przyznawanego na realizację programów polityki zdrowotnej

Udział własny realizatorów – brak. Realizatorzy otrzymują środki publiczne z zastrzeżeniem działu V ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112, poz. 654).

3) spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia programu, w tym określenia głównych mierzalnych/niemierzalnych korzyści i kosztów

Spodziewane efekty realizacji programu to:

1. wzrost odsetka dzieci objętych edukacją prozdrowotną i profilaktyką próchnicy na terenie przedszkola, szkoły,
2. wzrost odsetka osób dorosłych posiadających wiedzę na temat zdrowia jamy ustnej,
3. zwiększenie odsetka dzieci objętych przeglądami stomatologicznymi,
4. zwiększenie odsetka dzieci objętych leczeniem i zapobieganiem profesjonalnym próchnicy,
5. obniżenie różnic w dostępie do edukacji prozdrowotnej, zapobiegania i leczenia próchnicy zależnych od lokalizacji i regionu.

Główną mierzalną korzyścią kontynuacji programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej będzie obniżenie wartości wskaźników próchnicy dmft/DMFT (średnia liczba zębów odpowiednio mlecznych bądź stałych z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy) i SIC (średnia liczba zębów z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy u 1/3 badanej populacji o najcięższym przebiegu choroby) u dzieci i młodzieży oraz wzrost odsetka dzieci bez próchnicy i ze zdrowym przyzęciem jako następstwo wdrażania do praktyki zintegrowanej, holistycznej strategii zdrowia, a także obniżenie wartości wskaźnika objawów stan przyzębia CPI. Prowadzone badania pozwolą na uzyskanie cennych efektów dodanych w następstwie prowadzonych równoległe z realizacją monitoringu zdrowia jamy ustnej prelekcji oraz demonstracji indywidualnych i grupowych metod zapobiegania próchnicy i chorobom przyzębia oraz promocji zdrowego stylu życia adresowanych do różnych grup wiekowych populacji.

Zgodnie z załączonym harmonogramem (Zał.1), w roku 2013 badane będą dzieci w wieku 5 lat i dorośli w wieku 35-44 oraz 65-74 lat. W oparciu o uzyskane dane zostanie dokonana i przedstawiona ocena stanu i tendencji próchnicy jak również ocena stanu przyzębia i potrzeb profilaktyczno-leczniczych odpowiednio u dzieci w wieku przedszkolnym oraz ocena stanu i potrzeb leczniczych przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej u osób dorosłych. Wymienione grupy wiekowe będą objęte badaniem stomatologicznym i ankietowym. W przypadku dzieci w wieku 5 lat odpowiedzi na pytania ankietowe będą udzielały rodzice lub opiekunowie wylosowanych dzieci. Również wychowawcy badanych dzieci będą objęci badaniem ankietowym. Badaniem socjomedycznym objęte będą także grupy osób dorosłych.

W roku 2014 pod kątem epidemiologicznym i socjomedycznym badane będą próby losowe dzieci i młodzieży w wieku odpowiednio 6,12 i 18 lat oraz nauczycieli szkół podstawowych i licealnych do których uczęszczają badane dzieci/uczniowie. W oparciu o uzyskane dane dokonana będzie ocena stanu i tendencji próchnicy w indeksowych grupach wiekowych

dzieci i młodzieży w drugiej dekadzie XXI wieku. Zgromadzone dane pozwolą również na określenie zaawansowania realizacji w Polsce celu zdrowia jamy ustnej na rok 2015 w grupie dzieci w wieku 12 lat o najcięższym przebiegu próchnicy. Przedstawione zostaną również oceny dotyczące stanu przyzębia i potrzeb profilaktyczno-leczniczych populacji ogólnej dzieci i młodzieży w Polsce. Szczególny nacisk w prowadzonych badaniach będzie położony na określenie i wskazanie istniejących nierówności w stanie zdrowia jamy ustnej populacji polskiej i ich uwarunkowań.

W roku 2015 badaniem epidemiologicznym i socjomedycznym objęte będą wyłonione w losowaniu wielowarstwowym próby losowe dzieci w wieku odpowiednio 3, 7 i 15 lat.

Uzyskane dane pozwolą na określenie tendencji próchnicy wczesnego dzieciństwa o ciężkim przebiegu i potrzeb leczniczych oraz profilaktycznych najmłodszych dzieci, jak również zróżnicowania stanu zdrowia i jego uwarunkowań w tej grupie populacji w różnych regionach kraju. Również dokonana zostanie ocena stanu i tendencji próchnicy oraz ocena stanu przyzębia i potrzeb profilaktyczno-leczniczych uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych.

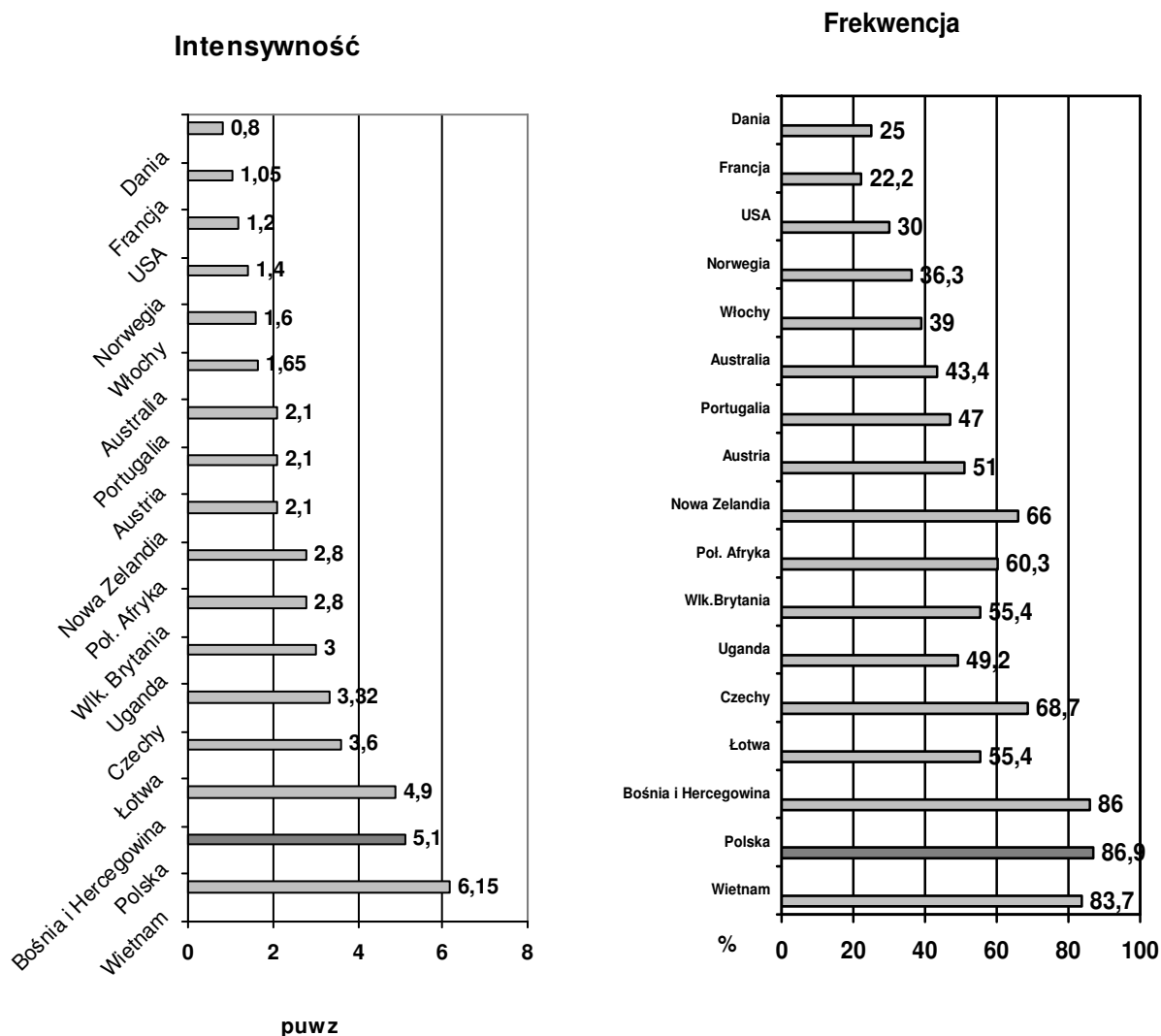
Badania prowadzone w ramach programu pozwolą na ocenę stanu i tendencji próchnicy oraz chorób przyzębia jak również aktualnych potrzeb leczniczych i profilaktycznych różnych grup wiekowych populacji. Wskażą kierunki usprawnień systemu zdrowia oraz programy i metody, których wykorzystanie umożliwi poprawę istniejącej złej sytuacji zdrowotnej najmłodszych dzieci i uprawdopodobni realizację do 2020 r. europejskiego celu zdrowia jamy ustnej, którym w odniesieniu do dzieci w wieku 6 lat jest wzrost proporcji dzieci bez próchnicy do 80% oraz obniżenie średniej liczby zębów objętych próchnicą u dziecka w wieku 12 lat do nie więcej niż półtora zęba.

III. Zdefiniowanie problemu, określenie potrzeby.

Wyniki dotychczasowych badań wskazują ma alarmująco zły stan zdrowotny uzębienia dzieci w wieku przedszkolnym w Polsce. Stan ten różni się znacząco od stanu obserwowanego nie tylko w krajach rozwiniętych ale także w wielu krajach UE wzbudzonych gospodarczo (podlegających podobnie jak Polska transformacji systemowej).

Na rycinie poniżej przedstawiono intensywność i frekwencja próchnicy u 6 letnich dzieci w Polsce na tle wybranych krajów.

(źródła: WHO- Global Oral Data Bank 2000-2006 oraz dane z Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Jamy Ustnej i jego Uwarunkowań. 2008r. Wierzbicka M i współ.)



Głównymi problemami zdrowotnymi w Polsce w zakresie zdrowia jamy ustnej są:

- wysoka częstość i nasilenie próchnicy wczesnej (choroby atakującej uzębienie dzieci do 3 roku życia). W Polsce ponad 50% dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Średnio u dziecka w tym wieku objęte próchnicą są około 3 zęby;
- nie podejmowanie badań kontrolnych uzębienia mlecznego oraz zapobiegania i leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym (dzieci z uzębieniem mlecznym). Z badań ankietowych wynika, że ponad 60% matek dzieci w wieku 3 lat nie było z dzieckiem u stomatologa. U dziecka w wieku 5 lat stwierdza się średnio około 5 zębów z nieleczonymi ubytkami próchnicowymi, a odsetek dzieci w wieku 5 lat bez próchnicy nie przekracza 20%. Warto w tym miejscu wspomnieć, że cel zdrowia WHO na XXI wiek, proponowany do realizacji do 2020 roku zakłada, że we wszystkich krajach europejskich odsetek dzieci 6 letnich bez próchnicy sięgnie 80%. Cel ten zaakceptowały wszystkie liczące się organizacje/institucje zajmujące się problematyką zdrowia publicznego jamy ustnej, takie jak: Międzynarodowe Towarzystwo Badań Stomatologicznych (IADR), Międzynarodowa Federacja Stomatologów (FDI), Europejska Federacja Wydziałów Stomatologii Uniwersytetów Medycznych (ADEE), Rada Głównych Stomatologów Krajów Europejskich (CECDO), Międzynarodowe Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (IAPD), Europejskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej (EADPH). Kolejnym istotnym problemem zdrowotnym w Polsce jest:
- usuwanie zębów stałych z powodu próchnicy u dzieci w wieku szkolnym co może być wynikiem niepodjęcia badań kontrolnych, zaniedbań profilaktycznych i wreszcie nieskuteczności leczenia zachowawczego próchnicy i jej następstw. W Polsce odsetek uczniów szkół podstawowych w wieku 12 lat z co najmniej 1 zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy sięga 4% a u młodzieży w wieku 18 lat – 15%.
- wysoki i gwałtownie rosnący między 35-44 a 65-74 rokiem życia odsetek osób dorosłych z bezzębieniem, gwałtownie malejąca w tym okresie życia średnia u osoby liczba zachowanych zębów naturalnych oraz masowe występowanie chorób przyzębia (w 2008 roku tylko u 14,1 % badanych nie stwierdzono nieprawidłowości ze strony przyzębia). Niepokojąco również rośnie liczba osób z nowotworami jamy ustnej, które to stanowią 27 % nowotworów występujących w obrębie głowy i szyi. Zagadnienia te wymagają szczególnej uwagi zwłaszcza organizatorów opieki zdrowotnej.

Głównymi przyczynami przedstawionych wyżej problemów zdrowotnych może być powszechnie niska świadomość zdrowotna społeczeństwa (szczególnie wśród rodziców/opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym oraz dzieci i młodzieży). Zatem

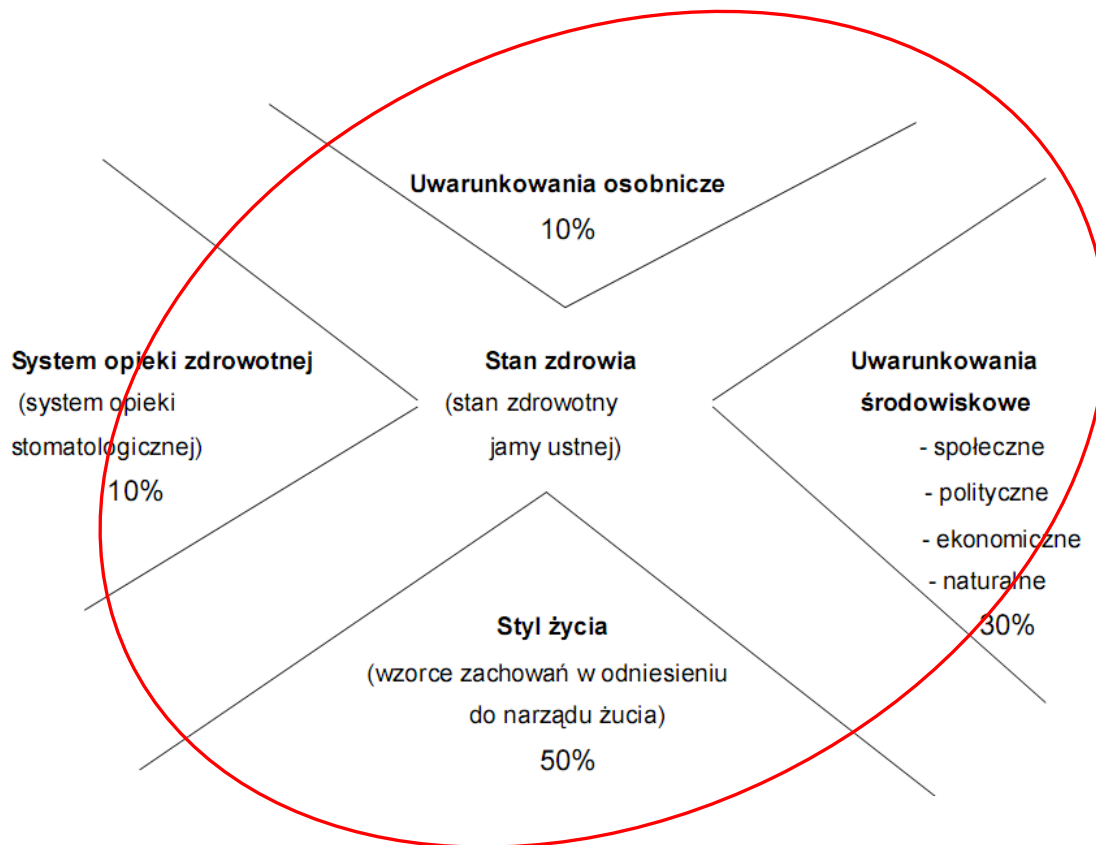
konieczna jest kontynuacja programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej. Prowadzone w ramach tego programu pogłębione badania epidemiologiczne i socjomedyczne pozwolą na dokonywanie okresowych ocen skuteczności polskiego systemu opieki stomatologicznej, wskazanie programów edukacyjnych i profilaktycznych o wysokiej skuteczności oraz wdrożenie programu edukacyjnego o podstawowym znaczeniu dla poprawy stanu zdrowia ludności kraju.

W Polsce nikt nie prowadzi przekrojowych badań epidemiologicznych dotyczących całej populacji. Badania Ministerstwa Zdrowia są jedynymi, na których mogą oprzeć się organizatorzy ochrony zdrowia i które m. in. służą do oceny funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej oraz wskazania kierunków jego usprawnień.

IV. Uzasadnienie.

Wyniki dotychczasowych badań klinicznych stanu zdrowotnego jamy ustnej jednoznacznie wskazują na bardzo zły stan uzębienia w populacji dzieci przedszkolnych oraz na nieco lepszą sytuację, aczkolwiek daleką od oczekiwanej, wśród 12 letnich uczniów. Z drugiej strony wiadomo, że ten stan rzeczy nie jest efektem ograniczonych zasobów kadrowych. Mianowicie Polska posiada jeden z wyższych w skali europejskiej, wskaźnik nasycenia lekarzami dentystami (ponad 4.5 /10 000 ludności. Wiadomo też, że stan zdrowia jamy ustnej, a szczególnie próchnica zębów jako klasyczna choroba cywilizacyjna, zależy nie od działań naprawczych lekarzy dentystów ale od zachowań zdrowotnych jednostki i szeroko rozumianych czynników systemowych przyczyniających się funkcjonowania stomatologicznych programów profilaktycznych (Ryc. 1)

Rycina poniższa wskazuje na uwarunkowania powstania i przebiegu próchnicy (adaptacja „pól Lalonda”).



Źródła; Szatko F., Społeczne uwarunkowania stanu zdrowotnego jamy ustnej, Akademia Medyczna w Łodzi, 2001

Systematycznie prowadzony od 1997r. Ogólnopolski Monitoring Stanu Zdrowia Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowań- jako jedyne badanie w Polsce nie tylko umożliwia ocenę kliniczną stanu uzębienia, ale identyfikuje również te bariery społeczne, ekonomiczne, organizacyjne i kulturowe, które warunkują wyżej przedstawioną sytuację epidemiologiczną. Inaczej mówiąc, wyniki monitoringu wskazują na konkretne działania jakie winny być podjęte przez decydentów szczebla krajowego i wojewódzkiego np. ewidentnie negatywne wzorce stomatologicznych zachowań higienicznych stwierdzone u dzieci i ich matek jednoznacznie wskazują na potrzebę wdrożenia ogólnopolskiego, obowiązkowego programu edukacyjnego na poziomie klas 0-3.

Próchnica zębów obok choroby niedokrwiennej serca, nowotworów, cukrzycy typu 2 czy alergii, jako współczesna poważna choroba cywilizacyjna, jest silnie warunkowana stylem życia, czynnikami systemowymi i środowiskowymi.

Właśnie obok takich wskaźników jak: średnia długość trwania życia, umieralność niemowląt, zapadalność na gruźlicę, HBV, czy HIV/AIDS – wskaźniki określające próchnicę zębów są bardzo czułymi (mierzalnymi) miernikami rozwoju społeczno-cywilizacyjnego i kulturowego danego kraju. Informacja o tym, że statystyczne polskie 6 letnie dziecko posiada ponad 5 zębów zaatakowanych próchnicą (z czego tylko jeden jest wyleczony) jest coraz częściej

publikowana przez światową literaturę pediatryczną, ekonomiczną i społeczną, koncentrującą się na niskiej skuteczności systemów opieki zdrowotnej w takich krajach jak Białoruś, Litwa, Łotwa, Polska czy Ukraina .

System monitorowania stanu zdrowotnego jamy ustnej, zgodnie z poleceniem Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy w latach przy współudziale konsultantów Światowej Organizacji Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia wdrożyło w latach 1997 – 1998. Badaniem epidemiologicznym obejmowane są wskaźnikowe grupy wiekowe (zgodnie z harmonogramem WHO) oraz inne podgrupy wiekowe populacji (np. w celu oceny skuteczności programu profilaktyki stomatologicznej). Przedmiotowy system realizowany był w latach 1998 – 2003 jako program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia, w latach 2004 – 2007 jako zadanie Ministra Zdrowia oraz powtórnie jako program Ministra Zdrowia w latach 2008 – 2009 oraz 2010 – 2012. W Polsce nikt nie prowadzi przekrojowych badań epidemiologicznych dotyczących całej populacji. Badania Ministerstwa Zdrowia są jedynymi, na których mogą oprzeć się organizatorzy ochrony zdrowia i które m. in. służą do oceny funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej oraz wskazania kierunków jego usprawnień.

Należy również nadmienić, że przedstawiony program jest zgodny z priorytetami polityki zdrowotnej państwa (NPZ) :

- obniżenie chorób masowych o przewlekłym przebiegu i modyfikowalnych, związanych ze stylem życia czynnikach przyczynowych,
- wyrównywanie różnic w zdrowiu na poziomach lokalnym i regionalnym,
- poprawa jakości życia dzieci i osób dorosłych w Polsce.

Efektywność ekonomiczna

Badania prowadzone w ramach programu pozwolą na ocenę stanu i tendencji próchnicy oraz chorób przyzębia jak również aktualnych potrzeb leczniczych i profilaktycznych różnych grup wiekowych populacji. Wskażą kierunki usprawnień systemu zdrowia oraz programy i metody, których wykorzystanie umożliwi poprawę istniejącej złej sytuacji zdrowotnej najmłodszych dzieci i uprawdopodobni realizację do 2020 r. europejskiego celu zdrowia jamy ustnej, którym w odniesieniu do dzieci w wieku 6 lat jest wzrost proporcji dzieci bez próchnicy do 80% oraz obniżenie średniej liczby zębów objętych próchnicą u dziecka w wieku 12 lat do nie więcej niż półtora zęba. Usprawnianie systemu zdrowia oraz realizacja skutecznych programów zdrowotnych opracowanych na podstawie otrzymanych wyników badań pozwoli na ograniczenie wydatkowania środków finansowych na działania naprawcze. Poza tym prowadzona w trakcie badań epidemiologicznych edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej przyczyni się do redukcji próchnicy zębów, a tym samym przyniesie wymierne

skutki ekonomiczne polegające na zaoszczędzeniu środków finansowych wydatkowanych na realizację świadczeń zdrowotnych.

Monitorowanie realizacji programu pozwala dokonywać ewaluacji programu. W wyniku tego każdego roku w ramach tych samych kosztów program jest uzupełniany o nowe elementy.

Promowanie współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami

Badania są prowadzone we współpracy z WHO, zgodnie z przyjętymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zasadami monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej, w oparciu o kryteria diagnostyczne stanów klinicznych wg zaleceń WHO (Oral Health Surveys. Basic Data WHO Geneva, 1997) oraz dotyczą wskazanych indeksowych grup wiekowych populacji, jakie mają być badane w danym roku. Badania są prowadzone przy udziale Uniwersytetów/Akademii Medycznych, kształcących lekarzy dentystów.

Możliwość ponownego wykorzystania programu w przyszłości lub kontynuowania jego realizacji przez inne jednostki

Doświadczenie zdobyte przez ww. jednostki może zostać wykorzystane do prowadzenia podobnych badań.

V. Opis programu

1) Proponowany program jest kontynuacją programu realizowanego w latach 2010-2012 .

2) Cele ogólne i szczegółowe

Cel główny badań:

- ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych.
- badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stan zdrowia stwierdzony w ww. badaniach stomatologicznych.

Cele szczegółowe:

1. ocena stanu zdrowia jamy ustnej i związanej z nim jakości życia różnych grup wiekowych populacji polskiej,
2. ocena częstości, nasilenia i tendencji oraz uwarunkowań kulturowych, społecznych, ekonomicznych i organizacyjnych najczęstszych chorób przewlekłych jamy ustnej tj. próchnicy zębów i zapaleń dziąseł u dzieci i młodzieży w Polsce oraz ich uwarunkowań,

3. ocena istniejącego zróżnicowania stanu zdrowia jamy ustnej w Polsce,
4. wskazanie strategii, programów i działań profilaktyczno - edukacyjnych umożliwiających poprawę stanu zdrowotnego populacji krajowej.

3) Plan działań

Wymienione cele będą realizowane w oparciu o prowadzone badania epidemiologiczne i socjomedyczne określonych grup wiekowych populacji. Badane próby populacji poszczególnych województw wyłonione będą w losowaniu wielostopniowym. Corocznie badane będą 3 określone grupy wiekowe, z których każda będzie liczyła kilka tysięcy. Badania stomatologiczne i ankietowe będą prowadziły dwuosobowe zespoły stomatologów epidemiologów uprzednio szkolonych i kalibrowanych. Będą one prowadzone w ujednoliconych warunkach i w oparciu o kryteria diagnostyczne stanów klinicznych wg zaleceń WHO (Oral Health Surveys. Basic Data WHO Geneva, 1997). Rzetelność ocen klinicznych będzie weryfikowana w oparciu o wyniki ponownego badania 10% próby losowej. Organizatorem i osobą nadzorującą przebieg, w tym dobór próby do badań, w każdym z województw będzie zaproszony specjalista regionalny w dziedzinie stomatologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej lub periodontologii. Badania będą prowadzone przy udziale Uniwersytetów/Akademii Medycznych, kształcących lekarzy dentystów. Uzyskane dane stomatologiczne i socjomedyczne będą analizowane statystycznie. Wyniki prowadzonych badań będą przedstawiane w formie rocznych raportów z realizacji programu i będą przekazywane w postaci maszynopisów oraz w postaci elektronicznej.

4) Sposób realizacji zadań

Zgodnie z załączonym harmonogramem realizacji programu (Zał.1) w 2013 roku badane będą dzieci w wieku 5 lat i osoby dorosłe w wieku 35-44 oraz 65-74 lat. W oparciu o uzyskane dane zostanie dokonana i przedstawiona ocena stanu próchnicy i potrzeb leczniczych oraz profilaktycznych dzieci, a także ocena stanu zdrowia jamy ustnej i potrzeb leczniczych osób dorosłych. Wymieniona grupa wiekowa dzieci będzie objęta badaniem stomatologicznym i ankietowym. Odpowiedzi na pytania ankietowe będą udzielali matki/opiekunowie wylosowanych dzieci. Badaniem ankietowym będą objęci także wychowawcy i nauczyciele badanych dzieci. Koszt badań prowadzonych w 2013 roku wyniesie 550.000,00 zł.

W 2014 roku badane będą próby losowe dzieci w wieku 6, 12 i 18 lat ze wszystkich regionów kraju oraz wychowawcy przedszkoli/nauczyciele szkół podstawowych i licealnych, do których uczęszczają badane dzieci. Zebrane dane pozwolą na przedstawienie tendencji próchnicy w Polsce indeksowych grupach wiekowych dzieci i młodzieży oraz

zaawansowanie realizowanych celów zdrowia na rok 2020. Ponadto przedstawione będą potrzeby lecznicze i profilaktyczne dzieci i młodzieży z uwzględnieniem różnic regionalnych i środowiskowych. Koszt badań prowadzonych w 2014 roku wyniesie 550.000,00 zł.

Badania prowadzone w ramach programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej w roku 2014 umożliwią ocenę i przedstawienie tendencji próchnicy w drugiej dekadzie XXI wieku w 3 najważniejszych indeksowych grupach dzieci i młodzieży oraz wykorzystania metod zapobiegania próchnicy, a ponadto pozwolą na odniesienie się do wszystkich wyżej omawianych na przykładzie innych grup wiekowych kwestii szczegółowych.

W roku 2015 badaniem objęte będą próby losowe dzieci w wieku 3, 7 i 15 lat. Koszt zadań realizowanych w ramach przedstawionego programu w roku 2015 wyniesie 600.000,00zł.

Wobec potrzeby zwiększenia efektów każdego ze współcześnie realizowanych przez MZ programów zdrowotnych poznawczych program monitoringu zdrowia jamy ustnej został uzupełniony o działalność promocyjną zdrowia i edukację zdrowotną. W każdej z wylosowanych miejscowości w dniu zakończenia badań będą w porozumieniu z władzami lokalnymi organizowane otwarte dla całej społeczności lokalnej spotkania z lekarzem dentystą i higienistką stomatologiczną/mgr zdrowia publicznego /pielęgniarką, na których zaprezentowane zostaną najważniejsze informacje dotyczące zdrowego stylu życia i indywidualnych, dostosowanych do wieku metod zapobiegania próchnicy i zapaleniom dziąseł. W ramach projektu przygotowane będą trzy ujednolicone zestawy wykładowo-demonstracyjne dla grup dzieci 6-letnich, 12-letnich oraz osób dorosłych, które zostaną przekazane zespołom prowadzącym badania terenowe. Nie przewiduje się odrębnych opłat dla osób prowadzących szkolenia w miejscu badania.

Wszystkie dzieci w przedszkolach/szkołach, w których prowadzone będą badania będą mogły skorzystać zgłaszając się ze szczotką do zębów, z nadzorowanego szczotkowania zębów w ostatnim dniu badania. Przewiduje się możliwość udostępniania pasty/szczotki do zębów dzieciom z rodzi ubogich, których zakup możliwy będzie ze środków pozyskanych od sponsorów lokalnych.

Prowadzone badania umożliwią ustosunkowanie się do następujących kwestii szczegółowych:

- określenie odsetka dzieci w wieku przedszkolnym bez klinicznych oznak próchnicy zębów - dzieci wolnych od tej choroby;
- określenie stopnia zaspokojenia potrzeb leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym;
- określenie odsetka dzieci w wieku przedszkolnym objętego regularną opieką profilaktyczną w placówce oświatowej;

- określenie odsetka dzieci w wieku przedszkolnym objętych profilaktycznym zabiegiem uszczelniania bruzd międzyguzkowych i liczby zębów uszczelnionych;
- określenie nasilenia próchnicy zębów u dzieci w wieku 3, 5, 6, 7, 12, 15 i 18 lat,
- określenie wartości wskaźnika leczenia zachowawczego próchnicy u tych dzieci;
- określenie wielkości potrzeb leczniczych dzieci w wieku 12, 15 i 18 lat, (odsetek dzieci wymagających wykonania wypełnień lub ekstrakcji zęba, średnia liczba zębów wymagających wypełnienia lub ekstrakcji u badanego dziecka, określenie rozległości wymaganych zabiegów, np. wypełnień jedno lub wielopowierzchniowych, leczenie endodontyczne, itp.);
- określenie odsetka dzieci szkolnych objętych różnego typu postępowaniem profilaktycznym (okresowym nadzorowanym szczotkowaniem zębów w szkole, uszczelnieniem bruzd międzyguzkowych);
- określenie odsetka dzieci w wieku 12 i 15 lat oraz odsetka młodzieży w wieku 18 lat z zębami usuniętymi z powodu próchnicy;
- określenie aktualnej tendencji próchnicy w badanych grupach dzieci;
- określenie częstości występowania zapaleń dziąseł u dzieci w wieku 12 lat, a w kolejnych latach w wieku 15 lat i odpowiednio 18 lat i wielkości oraz rodzaju potrzeb leczniczych tej choroby u młodzieży kończącej szkołę podstawową oraz liceum;
- określenie liczby zachowanych zębów naturalnych u osób dorosłych w wieku 35-44 lata;
- określenie nasilenia próchnicy i stopnia zaspokojenia potrzeb leczenia zachowawczego tej choroby u osób dorosłych;
- określenie stanu i potrzeb leczenia przyzębia u osób dorosłych;
- określenie odsetków osób dorosłych z zachowaną funkcją żucia;
- określenie stanu i wielkości potrzeb leczenia protetycznego u osób dorosłych;
- określenie częstości występowania nie zdiagnozowanych i nie leczonych chorób przewlekłych błony śluzowej jamy ustnej u osób dorosłych w Polsce;
- określenie częstości występowania przypadków wymagających natychmiastowej interwencji w zakresie chorób jamy ustnej u osób dorosłych i dzieci;
- określenie rozkładu próchnicy i chorób przyzębia w populacji osób dorosłych w Polsce;
- określenie wielkości różnic w nasileniu próchnicy i występowaniu chorób przyzębia zależnych od lokalizacji miejsca zamieszkania oraz różnic pomiędzy regionami w kraju;
- określenie odsetków populacji osób dorosłych leczonych protetycznie przy pomocy protez stałych i częściowych ruchomych;
- określenie częstości występowania schorzeń stawu skroniowo-żuchwowego.

Szczegółowe cele badań socjomedycznych prowadzonych w kolejnych 3 latach obejmują:

W roku 2013

- określenie postaw i zachowań zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej u osób dorosłych w wieku 35-44 oraz 65 – 74 lata;
- ocenę osiągalności i wykorzystania systemu opieki stomatologicznej w grupie osób dorosłych
- określenie stanu świadomości i postaw zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej matek/opiekunów dzieci w wieku 5 lat oraz potrzeb w zakresie edukacji prozdrowotnej tej grupy osób;

W roku 2014

- określenie stanu świadomości i postaw zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej matek/opiekunów dzieci w wieku 6 lat oraz potrzeb w zakresie stomatologicznej edukacji prozdrowotnej tej grupy osób, jak również nauczycieli nauczania początkowego w szkołach podstawowych, w przedmiotowym zakresie;
- określenie stanu świadomości i postaw zdrowotnych dotyczących zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku 12 i 18 lat;
- określenie stanu świadomości zdrowotnej i postaw zdrowotnych nauczycieli/wychowawców dzieci w szkołach typu gimnazjalnego;
- ocenę osiągalności i wykorzystania systemu opieki stomatologicznej wśród dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym;

W roku 2015

- ocena dynamiki zmian świadomości oraz postaw zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej matek/opiekunów dzieci w wieku 3 i 7 lat oraz dynamiki zmian i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 15 lat;
- określenie świadomości i postaw zdrowotnych młodzieży w wieku 15 lat;
- określenie osiągalności systemu opieki stomatologicznej w grupie osób kończących edukację szkolną i wychodzących z systemu szczególnej troski (bezpłatny w pełni osiągalny, korzystający z największych nakładów finansowych).

Prowadzony monitoring oparto na porównywalnych, uznanych w skali międzynarodowej wskaźnikach próchnicy i chorób przyzębia. Stosowane są wskaźniki stanu próchnicy takie jak dmft/DMFT, dt/DT, mt/MT, ft/FT, ft/FT/dt/DT+ft/FT/ dmft+DMFT, SIC wartości odsetkowe, rozkłady odsetkowe określonych cech, CPI: odsetki populacji z określoną wartością wskaźnika jako najwyższą, z określoną średnią liczbą zdrowych sekstantów u osoby.

Badania prowadzone w ramach programu pozwolą na ocenę stanu i tendencji próchnicy oraz chorób przyzębia jak również aktualnych potrzeb leczniczych i profilaktycznych różnych grup wiekowych populacji. Wskażą kierunki usprawnień systemu zdrowia oraz programy i metody, których wykorzystanie umożliwi poprawę istniejącej złej sytuacji zdrowotnej najmłodszych dzieci i uprawdopodobni realizację europejskiego celu zdrowia jamy ustnej, którym w odniesieniu do dzieci w wieku 6 lat jest wzrost do 80% proporcji dzieci bez próchnicy oraz obniżenie średniej liczby zębów objętych próchnicą u dziecka w wieku 12 lat do nie więcej niż półtora zęba ($DMFT \leq 1.5$) oraz celu globalnego na rok 2015, którym jest obniżenie wartości SIC u dzieci w wieku 12 lat do wartości 3.

5) Źródła finansowania: budżet ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach corocznego limitu wydatków przyznawanego na realizację programów polityki zdrowotnej Program zostanie sfinansowany z budżetu pozostającego w dyspozycji Ministra Zdrowia z części 46 – Zdrowie, działu – 851 – Ochrona zdrowia, rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej.

Udział własny realizatorów – brak. Realizatorzy otrzymują środki publiczne z zastrzeżeniem działu V ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112, poz. 654).

Program nie będzie finansowany z innych, niż wskazane powyżej, źródeł finansowania.

6) Szczegółowy harmonogram działań

HARMONOGRAM DZIAŁAŃ

Miesiąc	Każdego roku w latach 2013 - 2015
Maj	Opracowanie zasad doboru próby losowej do badań. Przygotowanie materiałów szkoleniowych i narzędzi badawczych (karty badania stomatologicznego, ankiety socjomedyczne), przygotowanie opisów metodyki prowadzonych badań. Diagnozowanie w badaniu epidemiologicznym obserwowanych stanów klinicznych uzębienia, przyzębia i błony śluzowej ze szczególnym uwzględnieniem próchnicy zębów, stanu przyzębia i patologii wymagającej natychmiastowej interwencji. (przyjęte w obecnym badaniu wskaźniki monitorowania efektów). Przygotowanie zestawów do prowadzonej działalności edukacyjnej.
Czerwiec	Szkolenie nadzoru regionalnego i osób prowadzących badanie epidemiologiczne, kalibracja badających (6 sesji)

Lipiec, sierpień	-
Wrzesień	Prace terenowe: przygotowanie operatorów losowania, dobór prób dzieci i osób dorosłych, badanie stomatologiczne i ankietowe
Październik	
Listopad	
Grudzień	Obliczenie wykładników stomatologicznych i socjomedycznych oraz wskaźników monitorowania efektów
	Analiza uzyskanych danych i interpretacja wyników badań.
	Ostateczne opracowanie wyników badań.

7)Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów:

Uzyskane wyniki badań będą wyrażone przy użyciu wskaźników międzynarodowych takich jak: dmft (średnia liczba zębów odpowiednio mlecznych z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy), DMFT (średnia liczba zębów odpowiednio stałych z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy), dt (średnia liczba zębów mlecznych z ubytkami próchnicowymi), DT (średnia liczba zębów stałych z ubytkami próchnicowymi), MT (średnia liczba zębów stałych usuniętych z powodu próchnicy), dt/ft+dt (wskaźnik leczenia zachowawczego próchnicy zębów mlecznych) , DT/FT+DT (wskaźnik leczenia zachowawczego próchnicy zębów stałych), SIC, CPI (Community Periodontal Index) oraz odpowiednio jako wartości odsetkowe.

Stosowane w monitorowaniu programu porównywalne w skali międzynarodowej wskaźniki kliniczne:

- wartości odsetkowe populacji zdrowej bez objawów określonych chorób,
- odsetek osób z zębami objętymi próchnicą ,z zapaleniem dziąseł, z zapaleniem przyzębia w indeksowych grupach wiekowych populacji,
- wskaźnik nasilenia próchnicy i rozkłady odsetkowe poszczególnych wartości wskaźnika (średnia wartość dmft/DMFT),
- odsetek osób z ubytkami próchnicowymi oraz średnia u osoby liczba ubytków próchnicowych (wyrażające wielkość potrzeb leczenia zachowawczego próchnicy w populacji),
- wskaźnik leczenia zachowawczego próchnicy w uzębieniu odpowiednio mlecznym i stałym (dt/DT, ft/FT+dt/DT),
- odsetek populacji z usuniętym co najmniej jednym zębem stałym (odsetek badanych z wartością MT>0),

- odsetek osób w populacji wymagających wykonania określonych zabiegów,
- odsetki osób z całkowitym bezzębciem,
- odsetki osób z zachowaną funkcją żucia (mających 20 zębów naturalnych lub sztucznych pozostających w funkcjonalnym kontakcie)
- wskaźnik nasilenia próchnicy w grupie osób o najwyższym zagrożeniu tą chorobą (średnia wartość SIC).

Otrzymane wyniki są porównywane z wynikami otrzymanymi podczas realizacji programu w latach poprzednich oraz z publikowanymi przez WHO danymi dotyczącymi badań epidemiologicznych grup indeksowych, przeprowadzanych w innych krajach.

Oczekiwane efekty.

Obniżenie częstości występowania i nasilenia próchnicy zębów u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym wyrażone obniżeniem w indeksowych grupach wieku proporcji dzieci ze zmianami próchnicowymi w uzębieniu (o 5 % w wieku 3 lat i 3 % w wieku 5 lat oraz o 2,5 % u dzieci w wieku 12 lat w stosunku do danych z lat odpowiednio 2009 – 2011 i 2010) oraz średnich wartości u dziecka wskaźnika stanu próchnicy oraz wskaźnika próchnicy o najcięższym przebiegu (SIC) (do wartości dmft nie przekraczającej w wieku 3 lat 2,2, a w wieku 5 lat 4,6 oraz DMFT 2,9 i SIC 5,7 w wieku 12 lat).

Wzrost odsetków dzieci i młodzieży wolnych od próchnicy i zapaleń dziąseł, szczotkujących zęby dwa razy dziennie pastą z fluorem i zgłaszających się na wizyty kontrolne do stomatologa przynajmniej raz w roku.

Obniżenie proporcji młodzieży z zębami usuniętymi z powodu próchnicy, obniżenie proporcji młodzieży oraz osób dorosłych i starszych potrzebujących leczenia z powodu choroby przyzębia, w tym leczenia specjalistycznego. Wzrost odsetka młodzieży w wieku 18 lat z zachowanym pełnym uzębieniem i zdrowym przyzęciem odpowiednio o 2 % i 5 %.

Dalej wzrost średniej liczby zachowanych zębów naturalnych u osób dorosłych i starszych. Wzrost proporcji osób dorosłych szczotkujących zęby dwa razy dziennie pastą z fluorem i zgłaszających się na wizyty kontrolne raz w roku.

Wzrost proporcji osób dorosłych i starszych z zachowanym uzębieniem naturalnym, szczotkujących zęby i zgłaszających się na wizyty kontrolne do stomatologa nie rzadziej niż odpowiednio raz na 2 i 3 lata.

Wzrost proporcji osób starszych z zachowaną funkcją żucia mających przynajmniej 20 zębów naturalnych lub sztucznych w kontakcie funkcjonalnym o 5 % do danych z roku 2008.

Obniżenie odsetków młodzieży i osób dorosłych odczuwających dyskomfort psychiczny z powodu stanu uzębienia.

Wśród oczekiwanych efektów wymienić należy także zmniejszenie istniejących różnic w stanie zdrowia jamy ustnej dzieci oraz osób starszych, związanych ze środowiskiem zamieszkania (obniżenie do nie więcej niż 4 % różnicy w częstości występowania próchnicy między dziećmi w wieku 12 lat ze środowisk miejskich i wiejskich).

Prowadzone badania pozwolą wyłonić skuteczne inicjatywy, programy i działania prewencyjne zasługujące na upowszechnienie.

VI Kosztorys

Koszt realizacji proponowanych zadań to:

w 2013 roku 550 000 zł,

w 2014 roku 550 000 zł

w 2015 roku 600 000 zł

VII Realizatorzy programu

Realizatorzy programu będą wyznaczani w drodze postępowania konkursowego na podstawie kryteriów określonych w ogłoszeniu konkursowym. Informacja o postępowaniu konkursowym będzie ogłoszona na stronie Ministerstwa Zdrowia oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Ministerstwa Zdrowia. Konkurs ofert będzie ogłoszony co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

Podczas wyboru realizatora należy brać pod uwagę: wielkość i strukturę zasobów oferenta, prowadzoną działalność oraz doświadczenie w realizacji zadań / projektów.

Realizator programu powinien posiadać doświadczenie w prowadzeniu działalności dydaktycznej, naukowo-badawczej i usługowo-leczniczej, wykazać się działalnością dydaktyczną przed i podyplomową, współpracą naukową z placówkami naukowo-badawczymi i placówkami regionalnymi. Realizator musi udokumentować co najmniej 3-letnie doświadczenie w prowadzeniu badań epidemiologicznych tematycznie związanych z prowadzonymi badaniami, oraz jako warunek dodatkowo rankingujący publikacje w renomowanych czasopismach zagranicznych, związanych ze wskazanymi w ofercie badaniami epidemiologicznymi. Wybrany realizator programu musi dysponować odpowiednią liczbą lekarzy dentystów, w tym co najmniej trzech ze stopniem naukowym dr n. med. i co najmniej jednym dr habilitowanego.

VIII Kontynuacja działań podjętych w programie

Planowana jest kontynuacja programu w następnych latach.

Badania epidemiologiczne i socjomedyczne prowadzone w latach 2016-2018 będą się koncentrowały na gromadzeniu danych dotyczących wykładników:

1. Stanu zdrowia jamy ustnej (stan próchnicy, występowanie próchnicy wczesnego dzieciństwa, występowanie ubytków niepróchnicowego pochodzenia, zachowane uzębienie naturalne, występowanie bezzębia, stan przyzębia, użytkowanie protez ruchomych, występowanie nowotworów jamy ustnej, gardła, proporcja z zachowaną funkcją żucia);
2. Zapewnienia warunków umożliwiających zachowanie zdrowia jamy ustnej dziecka (codzienne szczotkowanie pastą z fluorem, opieka prewencyjna nad ciężarną, świadomość zdrowotna matek, stosowane metody profilaktyki fluorkowej, programy edukacji zdrowotnej i zapobiegania w przedszkolach, szkołach, stosowanie uszczelniaczy);
3. Ekonomiki zdrowia jamy ustnej (koszty opieki, satysfakcja pacjenta z jakości świadczonej opieki, satysfakcja personelu);
4. Jakość życia różnych grup wiekowych populacji (ograniczenie funkcji żucia, ból spowodowany stanem uzębienia, przyzębia, dyskomfort psychiczny, ograniczenie psychologiczne i socjalne spowodowane stanem jamy ustnej).