

Uchwała Nr XXV-398/2013
Rady Miejskiej w Lęborku
z dnia 24.03.2013 roku

w sprawie: realizacji zadania pod nazwą: "Program profilaktyczno – leczniczy próchnicy zębów dla dzieci 12-letnich ze szkół Miasta Lęborka"

Na podstawie: z art. 7 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.), w związku z art. 48 ust. 1 i 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.),
na wniosek mieszkańców Lęborka

uchwała się, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się do realizacji program zdrowotny pn. "Program profilaktyczno – leczniczy próchnicy zębów dla dzieci 12-letnich ze szkół Miasta Lęborka" zwany dalej programem, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Program obowiązywać będzie od dnia 01.09.2013r. do dnia 31 grudnia 2017r.

§ 3

Burmistrz Miasta Lęborka, co roku uwzględni w projekcie budżetu środki na realizację programu oraz przedstawi Radzie Miejskiej Lęborka sprawozdanie z jego realizacji.

§ 4

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Lęborka.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sprawdzono pod względem
formalno - prawnym

RADA MIEJSKA

Burmistrz

SA 148/86

PRZEWODNICZĄCY RADY

Adam Stenka
Adam Stenka

UZASADNIENIE

Niniejsza uchwała wprowadza w życie program : "Program profilaktyczno – leczniczy próchnicy zębów dla dzieci 12-letnich ze szkół Miasta Lęborka"

STAN ISTNIEJĄCY

Do tej pory Gmina Miejska Lębork nie posiadała uchwalonego jakiegokolwiek programu ochrony zdrowia mieszkańców.

WYJAŚNIENIE POTRZEB I CELU PODJĘCIA UCHWAŁY

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika ,że dostęp do lekarza stomatologa w województwie pomorskim następuje średnio po 1784 dniach. Oznacza to ,że oczekiwanie na wizytę wynosi około 5lat . Przyczyną znacznej większości chorób są chore zęby, aby temu przeciwdziałać należy uchwalić przedmiotowy program.

WYKAZANIE RÓŻNIC MIĘDZY DOTYCHCZASOWYM A PROJEKTOWANYM STANEM PRAWNYM

To jest pierwszy program tego typu od momentu powstania Gmin – tj. od 1990roku, mimo że ustawa o samorządzie gminnym od samego jej powstania ochrona zdrowia jest w katalogu obowiązków gminy.

CHARAKTERYSTYKA SKUTKÓW SPOŁECZNYCH I GOSPODARCZYCH

Rozpoczęcie o dbanie zdrowia w młodszym wieku skutkuje zdrowszym społeczeństwem , a więc sprawniejszym i wydajniejszym społeczeństwem.

SKUTKI FINANSOWE ZWIĄZANE Z WEJŚCIEM W ŻYCIE UCHWAŁY

Skutki finansowe zostały szczegółowo opisane w pkt 5 KOSZTY w Programie stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały. Zgodnie z dokonanymi wyliczeniami szacunkowe koszty Programu wynoszą 180.000 zł rocznie

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Źródłem finansowania programu jest budżet gminy i ewentualne pozyskane środki z funduszy krajowych i/lub europejskich

Załącznik
do uchwały Nr. XXV-398/2013
Rady Miejskiej w Lęborku
z dnia 24.09.2013

Program profilaktyczno-leczniczy próchnicy zębów dla dzieci 12 - letnich ze szkół Miasta Lęborka

okres realizacji: 1.09.2013 – 31.12.2017r z możliwością przedłużenia na lata następne.

Autor programu:

Marcin Szczęśniak, lekarz stomatolog, specjalista stomatologii zachowawczej z endodoncją

Konsultant programu:

Dr Mirosława Pellowska – Piontek adiunkt Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Lębork, wrzesień 2012 r.

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Próchnica zębów jest chorobą cywilizacyjną, w populacji polskich dzieci i młodzieży szczególnie nasiloną, znacznie przekraczającą średnią europejską.

Nieleczona, powikłana próchnica zębów prowadzi do rozwoju chorób ogólnoukładowych, takich jak choroby serca, nerek, stawów, układu trawiennego czy narządu wzroku.

W jamie ustnej nieleczona próchnica prowadzi do stanów zapalnych miazgi zębów i tkanek okołowierzchołkowych a w konsekwencji do utraty zębów, zaburzenia funkcji żucia, zgryzu, mowy i fizjonomii twarzy.

Głównym czynnikiem etiologicznym próchnicy zębów są bakterie próchnicotwórcze znajdujące się w płytce nazębnej, zdolne do fermentacji węglowodanów, co w konsekwencji prowadzi do produkcji kwasów i demineralizacji podatnych na próchnicę twardych tkanek zęba. Najbardziej podatne na próchnicę są zęby u dzieci, gdyż są słabo zmineralizowane a dzieci bez pomocy osób dorosłych słabo radzą sobie z higieną jamy ustnej.

b. Epidemiologia

Podstawowym źródłem informacji o zapadalności na próchnicę zębów i jej przebiegu są wyniki badań prowadzone wg kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia WHO na grupach i przedziałach wiekowych: 6,12,18, od 35 do 44 oraz 65 do 74 lat.

Głównym wskaźnikiem epidemiologicznym próchnicy zębów jest wskaźnik PUWZ – ujednolicony w skali światowej wskaźnik o charakterze ilościowym. Wskaźnik PUWZ określa liczbę zębów stałych dotkniętych próchnicą (P), poprawnie wypełnionych (W), i usuniętych z powodu próchnicy (U). Sumaryczna wartość wskaźnika PUWZ określa zapadalność na próchnicę (intensywność próchnicy) w odniesieniu do populacji jednorodnej wiekowo lub jednostki.

WHO określiła dla krajów europejskich cele zdrowotne, jakie miały być osiągnięte w 2000 roku:

- 50 % dzieci 6-letnich powinno być wolnych od próchnicy,
 - Wartość wskaźnika **PUWZ w grupie uczniów 12-letnich powinna być mniejsza niż 3**,
 - co najmniej 85 % młodzieży w 18 roku życia powinno mieć pełne uzębienie naturalne,
 - o 50 % powinien być zredukowany odsetek osób bezzębnych w przedziale wiekowym od 35 do 44 lat (podstawa szacunku 1982 rok),
 - o 25 % powinien być zredukowany odsetek osób bezzębnych w wieku od 65 do 74 lat.
- W Polsce żaden z wymienionych celów nie został do dziś osiągnięty, a cele odnoszące się do dzieci 6-letnich zostały zrealizowane zaledwie w 12 %.
- Odpowiedzialnymi za taki stan są : styl życia, uwarunkowania środowiskowe, poziom świadomości zdrowotnej społeczeństwa, pozycja ekonomiczna, dotychczasowe postawy i wzorce zachowań zdrowotnych a przede wszystkim brak skutecznie realizowanych programów profilaktyczno-leczniczych w określonych populacjach wiekowych.

c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Współczesne strategie zdrowia jamy ustnej zakładają różnicowanie programów zapobiegania próchnicy w grupach populacji o różnym narażeniu na czynniki ryzyka tej choroby. Badania epidemiologiczne dowiodły, że efektywność, a co za tym idzie opłacalność programów profilaktycznych próchnicy, przy uwzględnieniu związanego z wiekiem ryzyka choroby, jest najwyższa u dzieci w wieku 12-13 lat.

W tym wieku dzieci posiadają już 28 zębów stałych, są tuż po okresie wymiany uzębienia mlecznego na stałe. Dopiero co wyrżnięte zęby stałe są jak już wspomniałem na wstępie najbardziej podatne na próchnicę i dlatego w tym wieku dziecka najbardziej uzasadnione efektywnie i ekonomicznie jest wdrożenie programu profilaktyki próchnicy.

W szkołach w Łęborku w roku szkolnym 2011/2012 było 363 dzieci 12-letnich i 388 dzieci 13-letnich. Populacja dzieci 12-letnich podlegałaby objęciu programem profilaktyczno-leczniczym próchnicy zębów. W roku 2013 i następnych byłoby to około 360-400 dzieci rocznie.

d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Brak jest obecnie w Łęborku opracowanych i wdrożonych do realizacji programów profilaktyczno-leczniczych próchnicy zębów u dzieci.

Na ponad 20 prywatnych gabinetów stomatologicznych w Łęborku, obecnie tylko 3 ma zawarte kontrakty z NFZ na leczenie stomatologiczne finansowane ze środków publicznych dla wszystkich ubezpieczonych (dorośli i dzieci). W najlepszym okresie na przełomie lat 1999-2000 było to 12 kontraktów.

Brak jest gabinetów stomatologicznych w szkołach a co za tym idzie brak planowej opieki stomatologicznej nad dziećmi.

Profilaktyka i leczenie próchnicy u dzieci odbywa się jedynie doraźnie, jeśli sytuacja ekonomiczna i świadomość rodziców na to pozwala.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Brak jest skutecznej polityki zdrowotnej w zakresie próchnicy zębów u dzieci ze strony NFZ i Ministerstwa Zdrowia. Brak jest gabinetów stomatologicznych w szkołach a leczenie i profilaktyka próchnicy odbywa się jedynie doraźnie w przypadku, jeśli rodziców tych dzieci stać na prywatne wizyty u stomatologa i są świadomi potrzeb profilaktyczno-leczniczych lub gdy po prostu jest już za późno i ząb boli.

Dlatego celowym jest wprowadzenie programu profilaktyczno-leczniczego próchnicy zębów u dzieci 12-letnich uczęszczających do szkół łęborskich przez samorząd Miasta Łęborka.

Przyniesie to wymierne korzyści w postaci redukcji próchnicy zębów u dzieci najbardziej narażonych na jej powstawanie, poprawę ich ogólnego stanu zdrowia, zminimalizowanie negatywnych następstw próchnicy, oraz zmniejszenie negatywnych skutków zdrowotnych i ekonomicznych nieleczenia próchnicy w latach następnych.

2. Cele programu

a. Cel główny

- 1). Obniżenie występowania próchnicy wśród dzieci o wysokim narażeniu na czynniki ryzyka choroby poprzez indywidualne ukierunkowane oddziaływanie prozdrowotne oraz intensyfikację profesjonalnego zapobiegania profilaktycznego (rozszerzenie zakresu zabiegów profilaktycznych i dostosowanie częstości ich stosowania do potrzeb dziecka).
- 2). Obniżenie jednostkowych i publicznych nakładów finansowych na leczenie stomatologiczne.

b. Cele szczegółowe

- 1). Podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci 12-letnich oraz ich rodziców
- 2). Zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży ze zdrowym uzębieniem i przyzęciem

3). Obniżenie ciężkości próchnicy u dzieci i młodzieży wyrażające się zwiększeniem liczby zdrowych zębów u dzieci

c. Oczekiwane efekty

Poprawa stanu uzębienia w grupie 12-latków uczęszczających do lęborskich szkół.

Opanowanie próchnicy u osób o wysokim narażeniu na czynniki ryzyka choroby wymaga intensywnych profesjonalnych działań profilaktycznych prowadzących do zmiany zachowań zdrowotnych oraz obniżenia liczby drobnoustrojów bytujących w jamie ustnej i możliwie szybkiego uzupełnienia niedoboru fluorów w szkliwie zęba z równoczesnym zapewnieniem regularności ich dostarczania do dalszej powierzchni zęba. Proces transformacji systemu opieki zdrowotnej niesie w sobie oczywiste ryzyko zachwiania proporcji w opiece stomatologicznej między świadczeniami leczniczymi i profilaktycznymi szczególnie w sytuacji, w której mamy do czynienia z niską świadomością zdrowotną społeczeństwa. Nieuniknione negatywne skutki zdrowotne występują przede wszystkim w grupie dzieci i młodzieży o najwyższym narażeniu na próchnicę. Grupa ta nie korzysta bowiem regularnie z opieki stomatologicznej. Objęcie publicznym programem zapobiegania próchnicy dzieci najbardziej obciążonych ryzykiem zachorowalności na próchnicę o ciężkim przebiegu, których większość stanowią dzieci pochodzące ze środowisk wiejskich i małych miast oraz rodzin wielodzietnych pozwoli na znaczne obniżenie występowania próchnicy i potrzeb leczenia stomatologicznego w wieku dorosłym.

d. Mierniki efektywności

Zmniejszenie wskaźnika PUWZ oznaczonego na początku trwania programu u każdego dziecka w stosunku do wartości wskaźnika na koniec trwania programu a w szczególności zmniejszenie składowej P (zęby stałe dotknięte próchnicą) i zwiększenie składowej W (zęby poprawnie wyleczone).

Zmniejszenie wskaźnika OHI (wskaźnik higieny jamy ustnej), uproszczony, ograniczony do 6 zębów: 16,26,36,46,11,31

3. Adresaci programu (populacja programu)

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Populacja dzieci 12-letnich w lęborskich szkołach w roku szkolnym 2011/2012 (363 dzieci)

Populacja dzieci 13-letnich (388 dzieci).

Szacunkowa liczba dzieci 12-letnich objętych programem w roku 2013 i latach następnych: 360-400.

b. Tryb zapraszania do programu

Sukcesywnie w trakcie roku poszczególne dzieci 12-letnie z poszczególnych szkół lęborskich będą zapraszane małymi grupami do gabinetu stomatologicznego, który przystąpi do realizacji programu, na wstępne badanie stomatologiczne z ustaleniem planu profilaktyczno-leczniczego dla każdego dziecka. Następnie każde dziecko, którego rodzice wyrażą zgodę na piśmie, będzie indywidualnie z rodzicami przychodziło na wizyty do gabinetu stomatologicznego realizującego program. Na koniec roku listy dzieci, które przystąpiły do programu i skutecznie go zrealizowały trafią do dyrektorów poszczególnych szkół oraz do Burmistrza Miasta Lęborka.

4. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- 1). Badanie stomatologiczne i wyłonienie dzieci o podwyższonym ryzyku próchnicy. Wskaźnik PUWZ > 4, wysoki wskaźnik OHI
- 2). Sporządzenie szczegółowego planu leczenia (potrzeb leczniczych w zakresie):
 - leczenia zachowawczego
 - leczenia endodontycznego
 - leczenia chirurgicznego
 - leczenia ortodontycznego
- 3). Instruktaż higieny jamy ustnej:
 - nauka szczotkowania
 - nauka flosowania
 - kontrola obecności płytki bakteryjnej i kamienia nazębnego (test wybarwienia płytki bakteryjnej) wskaźnik OHI
- 4). Usunięcie osadu i kamienia nazębnego z obu łuków zębowych
- 5). Fluoryzacja obu łuków zębowych w grupie dzieci o podwyższonym ryzyku próchnicy PUWZ > 4
- 6). Lakowanie zębów przedtrzonowych i trzonowych (w tym):
 - poszerzone lakowanie
 - technika PRR (Preventive resin restoration)
- 7). Wizyty kontrolne co 6 miesięcy

b. Planowane interwencje

- indywidualny instruktaż higieny jamy ustnej z wykorzystaniem modeli uzębienia, szczotek, nici, tabletek do wybarwiania płytki bakteryjnej
- usuwanie kamienia nazębnego za pomocą skalerów ultradźwiękowych
- usuwanie osadu za pomocą szczotek i past polerskich zawierających fluor
- lakowanie bruzd przy użyciu laków szczelinowych światłotwardzalnych zawierających fluor, oraz kompozytów i kompomerów typu flow
- fluoryzacja przy użyciu lakierów fluorkowych o wysokiej zawartości fluoru

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu

Wszystkie dzieci z populacji 12 - latków przejdą etap wstępny obejmujący badanie stomatologiczne z określeniem wskaźnika PUWZ, oraz instruktaż higieny jamy ustnej. Dzieci o podwyższonym ryzyku próchnicy będą zapraszane na indywidualne wizyty w gabinecie stomatologicznym, gdzie w zależności od potrzeb profilaktyczno-leczniczych przejdą kolejne etapy programu. Przewiduje się także wizyty kontrolne po okresie 6 i 12 miesięcy w celu oceny skuteczności programu.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia realizowane będą w gabinecie stomatologicznym znajdującym się na terenie Lęborka, który spełni kryteria – warunki niezbędne do realizacji programu.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych w ramach NFZ

Z uwagi na znikomą dostępność świadczeń stomatologicznych dla dzieci na terenie Lęborka w ramach NFZ, działania programu będą stanowiły główne źródło świadczeń profilaktyczno-leczniczych w zakresie stomatologii finansowanych ze środków publicznych dla dzieci 12- letnich.

f. Sposób zakończenia udziału w programie

Pełna sanacja uzębienia będzie momentem zakończenia udziału w programie. Przewiduje się także wizyty kontrolne po okresie 6 i 12 miesięcy od zakończenia leczenia w celu oceny skuteczności programu. Kontynuacja wizyt stomatologicznych profilaktyczno-leczniczych po zakończeniu programu u danego rocznika dzieci odbywać się będzie indywidualnie w gabinetach stomatologicznych prywatnych i/lub posiadających kontrakty z NFZ. Wdrożenie i realizacja programu pozwoli na znaczne obniżenie częstości próchnicy w następnych latach życia i przyniesie wymierne korzyści zdrowotne i finansowe.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Użyte materiały i metody do realizacji programu nie stanowią zagrożenia dla życia i zdrowia uczestników programu.

h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Jednostka przystępująca do realizacji programu musi spełniać następujące wymagania:

- Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Stomatologiczna prowadzona przez lekarza stomatologa posiadającego jedną z wymienionych specjalizacji: w zakresie stomatologii dziecięcej lub stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją lub specjalizację ze stomatologii ogólnej.
- Praktyka o której mowa powyżej musi być zarejestrowana i mieć siedzibę na terenie Miasta Lęborka
- Praktyka w celu pełnej i kompetentnej realizacji programu musi zatrudniać dyplomowaną asystentkę stomatologiczną lub dyplomowaną higienistkę stomatologiczną

i. Dowody skuteczności planowanych działań
(opinia eksperta klinicznego w przygotowaniu)

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

- badanie stomatologiczne (zawiera sporządzenie szczegółowego planu leczenia) 30 pln
- instruktaż higieny jamy ustnej 20 pln
- usunięcie kamienia i osadu z obydwu łuków zębowych 80 pln
- fluoryzacja obu łuków zębowych 50 pln
- lakowanie zęba 40 pln
- poszerzone lakowanie i technika PRR 60 pln
- badanie stomatologiczne kontrolne 30 pln

b. Planowane koszty całkowite

- badanie stomatologiczne u wszystkich uczestników programu 363*30 pln= 10890 pln
- instruktaż higieny jamy ustnej u wszystkich uczestników programu 363*20 pln= 7260 pln
- usunięcie kamienia i osadu z obydwu łuków zębowych - szacunkowo 50% dzieci z 363*80 pln= 14520 pln
- fluoryzacja obu łuków zębowych - szacunkowo 50% dzieci z 363*50 pln= 9075 pln
- lakowanie zęba – szacunkowo 4 zęby u każdego dziecka 4*363*40 pln= 58080 pln
- poszerzone lakowanie i technika PRR – szacunkowo 4 zęby u każdego dziecka 4*363*60 pln= 87120 pln
- badanie stomatologiczne kontrolne u wszystkich uczestników programu 363*30 pln= 10890 pln

Koszty sumaryczne: **197835,00 pln** * współczynnik korekcyjny 0,9 (prawdopodobnie nie wszyscy rodzice dzieci wyrażą zgodę na uczestnictwo ich dziecka w programie) = **178051,50 pln**

c. Źródła finansowania

Budżet Miasta Lęborka (w zakresie objętym programem)

Pozostałe zabiegi lecznicze konieczne do zrealizowania u danego dziecka np. leczenie chirurgiczne lub ortodontyczne finansowane będą ze środków publicznych w gabinetach stomatologicznych posiadających kontrakty z NFZ lub ze środków własnych rodziców tych dzieci.

6. Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

Liczba dzieci które przystąpią do programu (wymagana zgoda rodziców) w stosunku do całej grupy 12-latków z danego rocznika będzie procentowym wynikiem oceny zgłaszalności do programu.

b. Ocena jakości świadczeń

Ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców (dzieci i ich rodziców) z przeprowadzenia programu.

c. Ocena efektywności programu

Badanie kontrolne przeprowadzone po zakończeniu programu będzie obejmowało ocenę wskaźnika PUWZ i stanu higieny jamy ustnej – wskaźnik OHI. Porównanie wartości tych wskaźników z pierwszej wizyty dziecka i wizyty kontrolnej na koniec programu będzie oceną efektywności programu. Oczekiwane jest zmniejszenie wartości tych wskaźników.

7. Okres realizacji programu

Program będzie dotyczył rocznika dzieci 12-letnich, które w roku 2013 kończą 12 lat.

W przypadku przedłużenia programu na lata następne zasada powyższa będzie stosowana adekwatnie.