

UCHWAŁA NR XXIII/152/2016
RADY MIEJSKIEJ W RZGOWIE
z dnia 1 czerwca 2016 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej

Na podstawie art. 18, ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 446) oraz art. 7 ust. 1 pkt. 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 581, zmiany; poz. 396, poz. 1269, poz. 1240, poz. 1365, poz. 1692, poz. 1569, poz. 1991, poz. 1735, poz. 1830, poz. 1844, z 2016 r. poz. 65) **uchwała się, co następuje:**

§ 1. 1. Po otrzymaniu pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, przyjmuje się programy polityki zdrowotnej pn:

1. **„Piękny uśmiech na lata” – program polityki zdrowotnej dla gminy Rzgów w zakresie profilaktyki stomatologicznej dla dzieci uczęszczających do Publicznego Przedszkola w Rzgowie oraz dla dzieci klas I-III szkół podstawowych na terenie gminy Rzgów – 1 etap**
2. Program o którym mowa stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Rzgowa.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia i podlega ogłoszeniu w sposób zwyczajowo przyjęty.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ W RZGOWIE

Jan Michałak

SPRAWDZONO POD WZGLĘDEM
FORMALNO - PRAWNYM

Karolina Lach
advokat

UZASADNIENIE

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gmina chcąc prowadzić politykę prozdrowotną dla mieszkańców, ma obowiązek uchwalić programy polityki zdrowotnej po otrzymaniu pozytywnej oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Dlatego też przyjęcie programu polityki zdrowotnej pn:

„Piękny uśmiech na lata” – program polityki zdrowotnej dla gminy Rzgów w zakresie profilaktyki stomatologicznej dla dzieci uczęszczających do Publicznego Przedszkola w Rzgowie oraz dla dzieci klas I-III szkół podstawowych na terenie gminy Rzgów – 1 etap”

Utworzy możliwość wdrożenia ich do realizacji po uprzednim wyłonieniu realizatora tego programu w postępowaniu konkursowym, zgodnie z przepisami prawa.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ W RZGOWIE

Jan Michałak



Załącznik do uchwały
Nr XXIII/152/2016 Rady Miejskiej w Rzgowie
z dnia 1 czerwca 2016 r.

„Piękny uśmiech na lata”
program polityki zdrowotnej
dla gminy Rzgów
w zakresie profilaktyki stomatologicznej
dla dzieci uczęszczających do
Publicznego Przedszkola w Rzgowie oraz
dla dzieci klas I–III szkół podstawowych
na terenie gminy Rzgów – I etap

program polityki zdrowotnej

dr n. o zdr. Jacek Borowicz

Warszawa, 2015 rok

Podstawa prawna: Program polityki zdrowotnej ustanowiony na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)

Spis treści:

1. Opis problemu zdrowotnego	strona 2
2. Cele programu	strona 16
3. Adresaci programu	strona 18
4. Organizacja programu	strona 20
5. Koszty	strona 35
6. Monitoring i ewaluacja	strona 42
7. Okres realizacji programu	strona 44
8. Bibliografia	strona 47
9. Załączniki	strona 53

Autor:

dr n. o zdr. Jacek Borowicz

Copyright © Wszelkie prawa zastrzeżone

Warszawa 2015

„Piękny uśmiech na lata” – program polityki zdrowotnej dla gminy Rzgów w zakresie profilaktyki stomatologicznej dla dzieci uczęszczających do Publicznego Przedszkola w Rzgowie oraz dla dzieci klas I–III szkół podstawowych na terenie gminy Rzgów – I etap

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Najczęściej występującymi chorobami jamy ustnej są próchnica i choroba przyzębia. Na próchnicę ludzie są podatni przez całe życie, przeważnie jednak chorują dzieci. Szczególne zagrożenie pojawia się w wieku 5–6 lat, gdy wypadają zęby mleczne i pojawiają się pierwsze stałe, oraz w wieku 12–14 lat, kiedy kończy się wymiana uzębienia [1; 2]. Choroba może też wystąpić poniżej 3. roku życia. Wczesne zmiany obserwujemy już nawet w wieku 1–1,5 roku [3]. Choroba przyzębia częściej dotyczy osób dorosłych; najwięcej zachorowań odnotowuje się powyżej 30. roku życia. Udowodniono, że połączenie działań profilaktycznych w sferach indywidualnej, społecznej i zawodowej pomaga sukcesywnie te schorzenia zwalczać [1; 2; 4].

Próchnica zębów to najbardziej rozpowszechniona choroba jamy ustnej. Stanowi problem zdrowotny zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się i dotyczy również Polski. W ciągu ostatnich lat nastąpiła w naszym kraju pewna poprawa w zakresie działań profilaktycznych przeciw próchnicy, ale na tle Europy wciąż należymy do krajów o niskim poziomie profilaktyki [1; 9].

Etiologia

Najczęściej występująca choroba jamy ustnej wśród dzieci to próchnica. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest ona umiejscowionym, patologicznym procesem pochodzenia zewnątrzustrojowego, który prowadzi do odwapnienia oraz proteolitycznego¹ rozpadu twardych tkanek zęba. Próchnica jest podstawowym schorzeniem jamy ustnej. Zaliczono ją do

¹ Enzym proteolityczny rozkłada białko na elementy prostsze przez rozerwanie wiązania peptydowego.

chorób społecznych ze względu na rozpowszechnienie wśród populacji oraz skutki spowodowane jej powikłaniami [1].

Często gwałtowny przebieg tej choroby zależy od zachowania równowagi pomiędzy czynnikami gospodarza a czynnikami zewnętrznymi. Do podstawowych czynników etiologicznych należą w tym przypadku:

- obecność w jamie ustnej drobnoustrojów kwasotwórczych mających zdolność fermentacji węglowodanów;
- obecność w jamie ustnej węglowodanów;
- podatność tkanek zęba na odwapnienie;
- częstość oddziaływania czynników patogennych.

Bakteria występująca najliczniej na płycie zęba to *Streptococcus mutans*, natomiast w istniejącym już ognisku próchnicowym zwiększa się liczba innych bakterii, m.in. *Lactobacillus acidophilus*. Bakterie podczas metabolizowania węglowodanów ulegających fermentacji produkują kwasy (mlekowy, octowy, propionowy, mrówkowy) rozpuszczające związki mineralne szkliwa i zębiny², co prowadzi do demineralizacji, czyli odpływania jonów wapnia Ca^{2+} z powierzchni zęba do śliny. Osłabione szkliwo zwija się, tworząc wgłębienia i zęby stopniowo ulegają zniszczeniu. Nieleczona próchnica prowadzi do rozpadu substancji organicznej, następnie – substancji nieorganicznej, zapalenia miazgi oraz tkanek okołowierzchołkowych³. Atakuje również korzenie zębów, co powoduje silny ból w jamie ustnej [4].

Czynniki ryzyka

Głównymi czynnikami ryzyka chorób jamy ustnej są:

- niski status społeczno-ekonomiczny społeczeństwa;
- niewielka świadomość dotycząca zachowań prozdrowotnych;
- złe nawyki higieniczno-żywnościowe;
- niewielka świadomość prozdrowotna matek małych dzieci;
- niski poziom fluoru w wodzie pitnej;

² delikatna część zęba pod szkliwem

³ tkanki kostne otaczające otwór wierzchołkowy (mały otwór w korzeniu zęba, poprzez który miazga łączy się z kością, z której dochodzi do niej krew ze wszystkimi niezbędnymi składnikami)

- palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu.

Wymienione czynniki ryzyka sprawiają, że próchnica występuje u dzieci nawet poniżej 3. roku życia, a z wiekiem występuje częściej i z towarzyszącym ryzykiem poważniejszych powikłań. Badania wskazują, że 6-letnie dziecko ma średnio cztery zęby mleczne z próchnicą, a 18-latek – ponad osiem zębów stałych zaatakowanych tą chorobą [1–6].

Powikłania

Nieleczona próchnica u dzieci pociąga za sobą poważne konsekwencje. Jej następstwa mogą mieć charakter fizyczny (ból, wada zgryzu, nieestetyczny zapach i wygląd), ale również psychospołeczny – obniżenie samooceny i absencja w szkole. Zły stan zdrowotny często wpływa na obniżenie wyników osiąganych w szkole lub/i w życiu osobistym.

Do najczęstszych następstw próchnicy zębów zalicza się:

- **Ubytki zębowe.** Około 60–90% dzieci na świecie w wieku szkolnym ma ubytki zębów, które nieleczone powodują ból i dyskomfort uzębienia.
- **Choroby przyzębia.** Ciężkie choroby przyzębia (dziąseł), które mogą prowadzić do utraty zębów, występują u 15–20% dorosłych w średnim wieku (35–44 lat) [7].
- **Utrata zębów.** Próchnica zębów i choroby przyzębia to główne przyczyny utraty zębów. Całkowita utrata naturalnych zębów częściej występuje u ludzi starszych. Na całym świecie ok. 30% osób w wieku 65–74 lat ma sztuczne zęby [8]. Niestety, utrata uzębienia może też wystąpić w wieku wczesnym, a wówczas się pojawia się zagrożenie wadą zgryzu i niekorzystny wygląd jamy ustnej.
- Z powodu bólu dzieci mogą przestać prawidłowo się odżywiać, a to skutkuje **utratą wagi i zaburzeniami w rozwoju fizycznym**. Niepodejmowanie walki z próchnicą może mieć też wpływ na budżet domowy. Leczenie stomatologiczne jest drogie i pociąga za sobą wysokie koszty. Zaawansowany stan wymaga interwencji chirurga, tj. operacji, a leczenie może trwać bardzo długo [1–5].

Profilaktyka

Profilaktyka próchnicy obejmuje działania edukacyjne i praktyczne. Edukacja dzieci i ich rodziców jest jednym z najważniejszych elementów prewencji, gdyż ma wpływ na rozwój dzieci,

i ich zachowania w przyszłości. Według zaleceń WHO najkorzystniejszy dla wdrażania promocji zdrowia jamy ustnej jest okres wczesnoszkolny, kiedy realizacja programów edukacji stomatologicznej przynosi najlepsze efekty, a jednocześnie zapewnia najszerszy krąg oddziaływania [1]. Autorzy programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej w populacji polskiej w latach 2010–2012” zrealizowanego pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia stwierdzili, że w Polsce za stan zdrowotny jamy ustnej dziecka są odpowiedzialni rodzice. Dlatego tak ważna jest ich edukacja [9; 10].

Najważniejsze działania profilaktyczne to:

- **Profilaktyka jamy ustnej** – czyli szczotkowanie zębów kilka razy dziennie. Najważniejsze jest sprawdzanie składu pasty do zębów i dbanie o to, by obejmował on fluor, który chroni szkliwo zęba przed powstawaniem procesów próchnicznych. Oprócz zębów należy czyścić również język i ścianki jamy ustnej, na których skupia się większa ilość mikroorganizmów.
- **Prawidłowe odżywianie się** – czyli mniejsze spożycie cukrów prostych. W diecie dziecka należy ograniczyć ilość produktów zawierających cukier. Prawidłowa dieta to ważny element profilaktyki próchnicy, na który składają się: odpowiedni poziom składników mineralnych, odżywczych i witamin oraz racjonalne dawkowanie cukrów i odpowiednia konsystencja pokarmów.
- **Wizyty u stomatologa** – regularne badanie się u specjalisty pomaga zapobiec niepożądanym zmianom w jamie ustnej. Lekarz wykonuje również lakowanie i wypełnia szczeliny powstałe na zębach stałych [11].

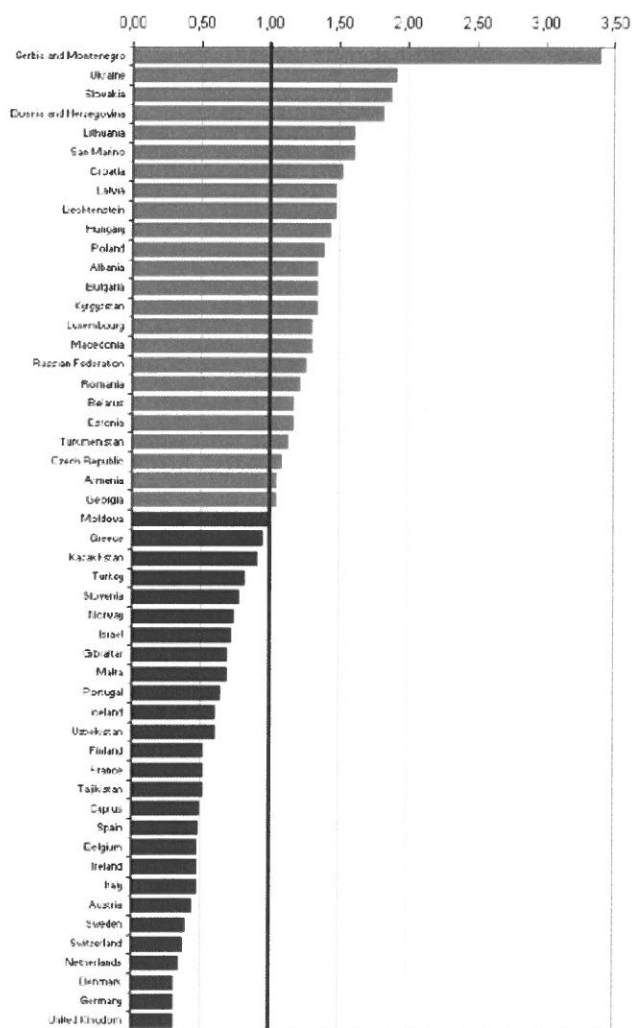
b. Epidemiologia

Według danych WHO na całym świecie od 60 do 90% dzieci w wieku poniżej 7. roku życia ma ubytki w zębach. Powikłania próchnicy, mogące prowadzić do utraty zębów (np. zapalenie dziąseł) występują u 15–20% populacji w wieku 35–44 lata. Na świecie ok. 30% osób w wieku 65–74 lat utraciło wszystkie swoje zęby.

Choroby jamy ustnej w grupie dzieci i dorosłych częściej występują wśród osób o niskim statusie ekonomicznym i społecznym. Szacuje się, że w większości krajów częstość występowania raka jamy ustnej wynosi od 1 do 10 przypadków na 100 tys. osób i jest wyższa wśród mężczyzn, osób starszych oraz z niskim poziomem wykształcenia i małymi dochodami [1;

13; 14]. WHO podaje, że rak jamy ustnej jest na ósmym. miejscu listy najczęściej występujących nowotworów na świecie. W krajach afrykańskich z powodu niedostatecznej bądź w ogóle niepraktykowanej higieny jamy ustnej dzieci chorują na gangrenę (nazywaną nomą). Około 90% chorych nie decyduje się jednak – z powodów ekonomicznych – na podjęcie leczenia, co niejednokrotnie prowadzi do zgonu [14].

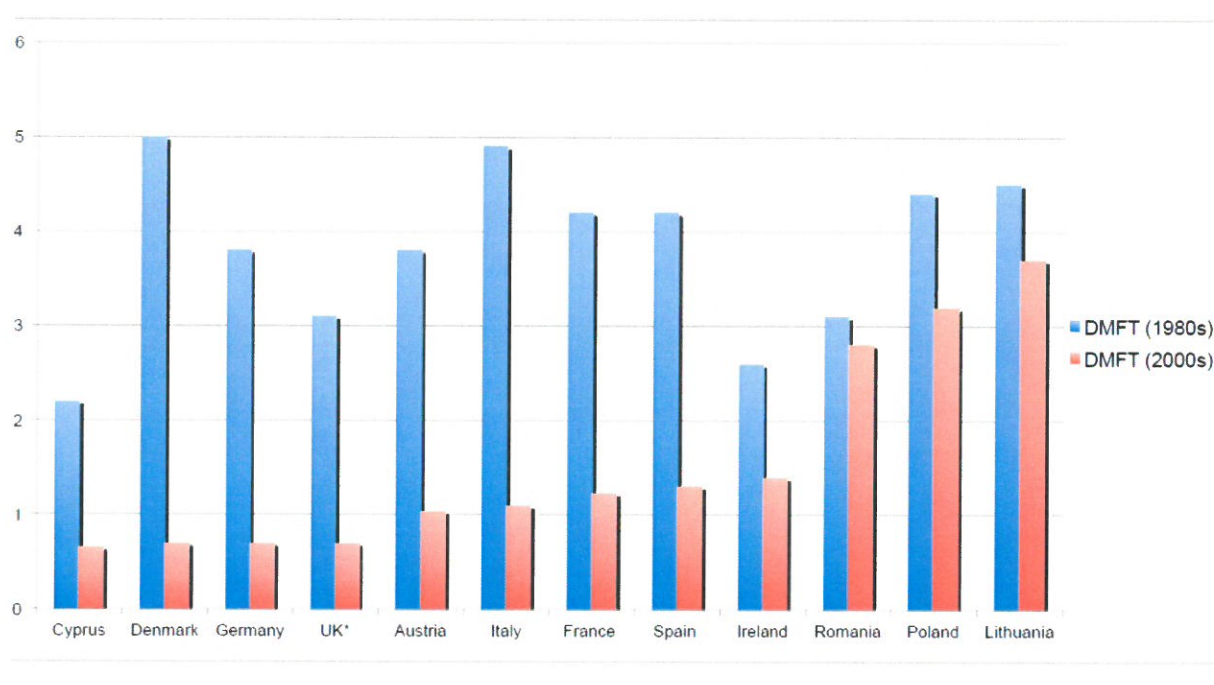
Rycina 1 przedstawia występowanie próchnicy w 24 krajach Europy. Czerwonym kolorem zaznaczono kraje, w których ryzyko względne próchnicy jest większe od średniej europejskiej. Największe ryzyko względne notuje się w Czarnogórze. Polska znajduje się mniej więcej w środku rankingu (11. pozycja).



Rycina 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy w 24 krajach Europy

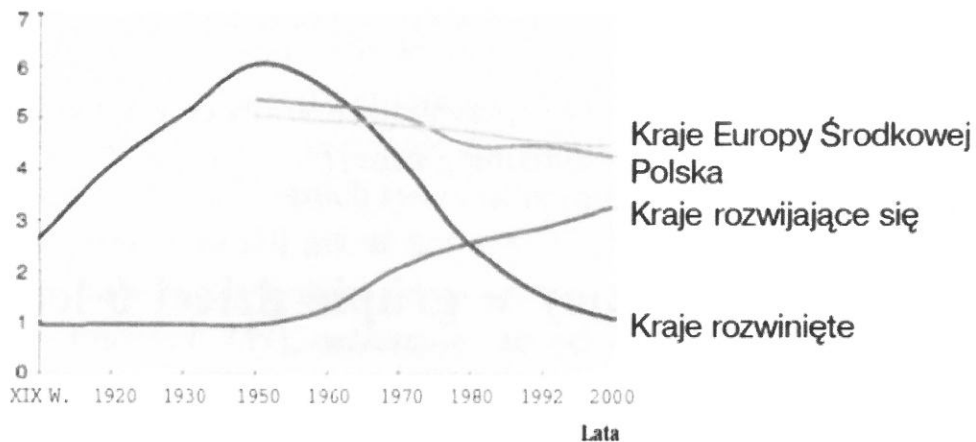
Źródło: [12]

Porównując systemy stomatologicznej opieki zdrowotnej w różnych krajach, można zauważyć, że w Polsce wciąż pozostaje ona na niskim poziomie. W populacji dzieci w wieku poniżej 7 lat leczonych jest ok. 15% przypadków próchnicy. W krajach rozwiniętych cywilizacyjnie wartość wskaźnika leczenia sięga 80%. Natężenie choroby próchnicowej u polskich dzieci w wieku przedszkolnym utrzymuje się od kilkadziesiąt lat na równie niskim poziomie. Nie zaobserwowano zauważalnej poprawy w tym zakresie. Zainteresowanie epidemiologów zajmujących się problematyką próchnicy skupia się na 12-latkach. Od kilku dekad obserwuje się w tej grupie wiekowej systematyczną poprawę w zakresie redukcji intensywności próchnicy (ryc. 2 i 3) [16; 17].



Rycina 2. Porównanie stanu wskaźnika próchnicy w uzębieniu mlecznym (ang. DMFT) wśród 12-latków w wybranych krajach, w różnych latach.

Źródło: [18].



Rycina 3. Szacunkowa dynamika zapadalności na próchnicę wśród 12-letnich uczniów w XX w.

Źródło: [16]

Z danych epidemiologicznych wynika, że w 2013 roku w Polsce ok. 95% społeczeństwa dotknęła próchnica. Choroba ta najczęściej występuje wśród najmłodszych (u ponad 50% dzieci w wieku 3 lat). Wyliczono, że w grupie 3-latków średnio trzy zęby mają ubytki próchnicowe. Ponad 60% matek nie odbywa z dziećmi wizyt stomatologicznych. U 5-latków stwierdza się średnio pięć zębów z nieleczonymi ubytkami próchnicowymi. Odsetek dzieci 5-letnich, u których próchnica nie wystąpiła, to mniej niż 20%. Odsetek 12-latków z co najmniej jednym usuniętym stałym zębem z powodu próchnicy wynosi 4%, a wśród młodzieży w wieku 18 lat – aż 15% [10].

Próchnica to choroba, której można zapobiegać. Niezbędna jest profilaktyka obejmująca wiele aspektów, takich jak: higiena jamy ustnej, racjonalne żywienie oraz kontrola zmian w jamie ustnej. U dzieci niezbędna jest profilaktyka fluorkowa (np. nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami fluorkowymi i systematyczne wizyty kontrolne u stomatologa). W Polsce programy profilaktyczne funkcjonują w niewielkim stopniu. W 2011 roku profilaktyką fluorkową objęto ok. 4% dzieci 5-letnich, 48% 12-latków oraz 7% 15-latków [19]. W 2011 roku wyniki badań dzieci 5-letnich wykazały, że zaledwie 20% z nich było wolnych od próchnicy, a odsetek ten w przypadku 15-latków wyniósł 8,2% [20].

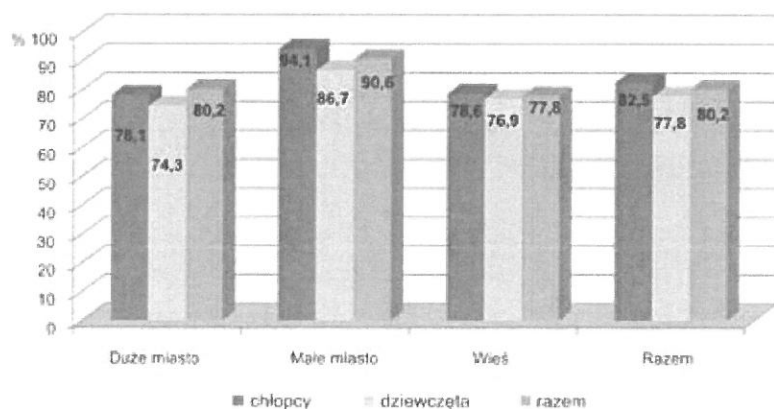
W 2013 roku w Polsce powstał program o nazwie „Chroń dziecięce uśmiechy”. W pierwszej edycji udział wzięło około 6 tys. dzieci w różnym wieku. Wyniki wykazały, że ponad 80% dzieci raz do roku odwiedza stomatologa, ok. 64% szczotkuje zęby dwa razy dziennie, a wśród nich częściej robią to dzieci w wieku 10–13 lat, rzadziej natomiast te poniżej 10 roku życia. Problem

próchnicy zębów dotyczy średnio 80% uczniów szkół podstawowych. Wskaźnik ten jest wyższy wśród dzieci, które nie odwiedzają dentystów i w przedziale wiekowym 5–9 lat. Nieprawidłowy zgryz zaobserwowano u ponad 60% dzieci [21].

W drugiej edycji udział wzięło ponad 8 tys. dzieci. Porównując ją z edycją pierwszą, zaobserwowano poprawę wyników – liczba osób z próchnicą zmniejszyła się do 76%. Wady zgryzu wykazano u 56% badanych [22].

W 2008 roku przeprowadzono badanie 6-latków w trzech różnych miejscowościach w województwie łódzkim. Częstość występowania próchnicy u badanych wyniosła 80,2%. W największym mieście, tj. w Łodzi, odsetek sięgnął 80,2%, w Łowiczu – 90,6%, a na wsi (Zduny) – niecałe 78%. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w poszczególnych regionach. Badanie wykazało, że częstość próchnicy była niższa u dziewcząt niż u chłopców (77,8% vs. 82,5%). Nie zachorowało jedynie 18,8% dzieci. Odsetek ten okazał się nieznacznie wyższy na wsi niż w dużym mieście (22,2% vs. 18,8%), a najniższy – w mniejszym mieście i osiągnął 9,4% (ryc. 4) [23].

Z podsumowania wyników raportu „Chrońmy dziecięcy uśmiech” wynika, że w 2014 roku w województwie łódzkim ponad 70% dzieci miało próchnicę i najczęściej występowała ona u dzieci w wieku 5–9 lat, chłopców oraz na wsiach [22].



Rycina 4. Frekwencja próchnicy u dzieci 6-letnich w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Źródło: [23].

Sytuacja epidemiologiczna przedstawiona w ciągu ostatniej dekady wygląda alarmująco. Niezbędne jest ulepszenie systemu profilaktyki stomatologicznej m.in. poprzez implikację programów polityki zdrowotnej polegających na podnoszeniu poziomu wiedzy i umiejętności, a także kształtowanie prozdrowotnych nawyków w zakresie higieny jamy ustnej.

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

Na podstawie danych meldunkowych (stan na dzień 15.09.2015 roku) ustalono, że populacja zamieszkująca gminę Rzgów to 9 665 osób. W tej grupie 4 981 stanowiły kobiety, a 4 684 – mężczyźni. Program kierowany jest do dzieci: uczęszczających do Publicznego Przedszkola w Rzgowie, odbywających roczne przygotowanie przedszkolne w oddziałach przedszkolnych zorganizowanych w szkołach podstawowych na terenie gminy Rzgów oraz uczęszczających do klas I–III szkół podstawowych na terenie gminy Rzgów. Grupa ta liczy 541 osób. W kolejnych następnych latach trwania projektu (planowany okres to 4 lata) będą do niego systematycznie włączane osoby kwalifikujące się do zaplanowanych interwencji. Długoletnie trendy demograficzne pozwalają sądzić, że w każdym roku do populacji uwzględnionej w programie dołączy ok. 100 dzieci. Reasumując: w ciągu 4 lat zaplanowanymi działaniami zostanie objętych ok. 840 dzieci.

Według stanu na dzień 15.09.2015 roku na obszarze objętym niniejszym programem znajdują się cztery publiczne placówki oświatowe: jedno przedszkole publiczne oraz trzy szkoły podstawowe. W najbliższych latach planuje się uruchomienie kolejnych dwóch placówek przedszkolnych (2017). W przypadku zrealizowania tych planów populacja objęta programem zwiększyłaby się o ok. 80 dzieci.

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

W czerwcu 2005 roku Ministerstwo Zdrowia przygotowało Strategię Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013, która zawiera następujący zapis: „przygotowany na lata 2007–2015 Narodowy Program Zdrowia jest integralną częścią Strategii w zakresie zdrowia

publicznego i stanowi cel operacyjny 3.5 w brzmieniu 'Realizacja uaktualnionego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015' ". Do obrad dotyczących wprowadzenia Programu Zdrowotnego zaproszono ekspertów z różnych organizacji medycznych, m.in. w konsultanta WHO, który wskazał na rolę Narodowego Programu Zdrowia w budowaniu spójnego programu polityki zdrowotnej kraju. Celem głównym Programu jest zjednoczenie wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej prowadzących do zmniejszenia nierówności i poprawy stanu zdrowia, a tym samym jakości życia Polaków. Jednym z założeń operacyjnych Programu jest intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży. Opierając się na działaniach dotyczących higieny stomatologicznej, opisano oczekiwane efekty planowane na rok 2015:

1. Zwiększenie co najmniej o 10–20% odsetka dzieci i młodzieży objętych edukacją prozdrowotną w ramach promocji zdrowia jamy ustnej.
2. Zahamowanie wzrostu częstości występowania oraz obniżenie ciężkości przebiegu choroby próchnicowej w uzębieniu mlecznym i w uzębieniu stałym w całej populacji wieku rozwojowego, szczególnie w grupach wysokiego ryzyka próchnicy.
3. Zmniejszenie częstości występowania u młodzieży stanów zapalnych dziąseł, chorób przyzębia, urazów i patologii narządu żucia.

Podjęto się m.in. edukacji zdrowotnej rodziców i dzieci, współpracy z przedszkolami i szkołami podstawowymi, zintensyfikowania profilaktyki fluorkowej itd. [9]

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego określa ich wykazy oraz warunki realizacji. Konkretnie procedury są zawarte w załącznikach nr 1–11 do ww. aktu prawnego. Świadczenia ogólnostomatologiczne precyzuje załącznik nr 1 rozporządzenia, świadczenia dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia określa załącznik nr 2, natomiast wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia obejmuje załącznik nr 10 [24].

Zabezpieczenie bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym finansowane jest jednokrotnie do ukończenia przez dziecko 7. roku życia. Jednak szacuje się, że ok. 30% dzieci w tym wieku nie ma jeszcze zębów trzonowych, istnieje zatem potrzeba ich profilaktycznego lakowania w latach późniejszych, co nie jest już uwzględnione w gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) refunduje obecnie takie procedury, jak:

- badanie lekarskie kontrolne – tylko trzy razy w roku (w tym: wywiad i przegląd stanu uzębienia);
- znieczulenie tylko lidokainami;
- usuwanie złogów nazębnych – tylko raz w roku wyłącznie z ½ łuku zębowego;
- zabezpieczenie bruzd lakiem szczelinowym zębów stałych (tylko „szóstki” i wyłącznie do 7. roku życia);
- lakierowanie zębów mlecznych i stałych (tylko ¼ łuku zębowego oraz raz na kwartał);
- wypełnienie ubytku (w ramach umowy z NFZ u dzieci stosuje się kompozyt światłoutwardzalny tylko w odcinku przednim i w przypadku urazów, u osób dorosłych wypełnienia zębów przednich są chemoutwardzalne, a zębów bocznych – amalgamatowe);
- wypełnianie stałe kanałów (leczenie refundowane u dorosłych tylko w odcinku przednim, w przypadku zębów trzonowych i przedtrzonowych – brak refundacji, u dzieci leczenie jest refundowane do 18. roku życia);
- usuwanie złogów nazębnych (kamień, osad) – raz w roku z ½ łuku zębowego w obrębie całego uzębienia;
- kiretaż zwykły (zamknięty) – jedynie z ¼ uzębienia;
- stosowanie lakierów chlorheksydynowych i fluorkowych, aplikacje antybiotykowe dokieszonkowe – tylko leczenie specjalistyczne;
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej – leczenie specjalistyczne, wykonywane przez niektóre ośrodki;
- korekta zgryzu urazowego w kierunku chorób przyzębia – leczenie specjalistyczne, wykonywane przez niektóre ośrodki.

Tylko część procedur z zakresu profilaktyki jest dofinansowywana. Działaniami tymi objęto głównie dzieci i młodzież do 19 roku życia oraz kobiety w ciąży i połogu. Pozostałe grupy wiekowe w populacji zostały pominięte, dlatego lekarze nie podejmują działań w tych grupach [24].

Od 2012 roku trwa ogólnokrajowy program: „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”. Pierwszy etap przypadł na lata 2010–2012. Aktualnie jest realizowany program 2013–2015. Głównymi jego celami są: ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci i osób dorosłych oraz badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stwierdzony w ww. badaniach stomatologicznych stan zdrowia. Będą one wykonywane w poszczególnych województwach (dobieranych losowo), co pomoże zbadać populację w różnych regionach Polski. Wyniki umożliwiają monitorowanie obecnego systemu opieki stomatologicznej w Polsce i wskazują możliwości jego poprawy. Badania są prowadzone we współpracy z WHO, zgodnie z przyjętymi przez tę organizację zasadami monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej. W przyszłości Program będzie kontynuowany, co pozwoli na szczegółową analizę stanu jamy ustnej mieszkańców Polski [10].

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Prawidłowy rozwój oraz dobre zdrowie w dzieciństwie i młodości stanowią bazę dla zdrowia i jakości życia w dalszych jego latach [19]. Z raportu firmy badawczej Ipsos (Centrum Badań Jednostkowych), opracowanego na podstawie wyników ankiet przeprowadzonych podczas bezpłatnych przeglądów stomatologicznych w ramach programu „Chroń dziecięce uśmiechy”, wspieranego przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne (PTS), wynika, że aż 80% polskich uczniów w wieku 6–12 lat i aż 84% w wieku 5–9 lat ma problemy z próchnicą [25].

O potrzebie wprowadzenia programów polityki zdrowotnej świadczą problemy u dzieci występujące w zakresie opieki stomatologicznej w województwie łódzkim. W 1989 roku było zaledwie 4,1% 6-latków wolnych od próchnicy, w 2005 – ponad 16%. W roku 2005 w województwie łódzkim próchnicą objętych było średnio pięć zębów mlecznych, a obecne badania wykazały, że cztery zęby. Wynik ten wydaje się niepokojący, tym bardziej, że w tym okresie u dzieci dochodzi do wyrzynania się pierwszych zębów stałych, które szybko mogą zostać zainfekowane tą chorobą. Mimo widocznego wzrostu z każdym kolejnym rokiem odsetka dzieci wolnych od próchnicy, jej wskaźniki nadal nie spełniają założeń WHO na rok 2015, według których powinno być on niej wolnych 70% 6-latków. Obecne badania wykazały, że zaledwie 20% dzieci w tym wieku ma uzębienie nieobjęte próchnicą. Tak duża zapadalność w tej grupie wiekowej wskazuje na niską skuteczność opieki stomatologicznej w województwie łódzkim oraz

potrzebę wprowadzenia programów profilaktycznych, które pozwolą na poprawę stanu uzębienia dzieci [23].

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli (NIK) istotny wpływ na niedobry stan jamy ustnej u dzieci mają niewystarczające działania w zakresie edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, a w szczególności brak odpowiednich programów profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia koordynowanych na szczeblu krajowym. NIK negatywnie ocenia również niezapewnienie przez organy administracji publicznej równego dostępu do świadczeń stomatologicznych, finansowanych ze środków publicznych [20].

Światowa Organizacja Zdrowia, Światowa Federacja Dentystyczna, Międzynarodowe Stowarzyszenie Stomatologii Dziecięcej oraz Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań Naukowych w Dziedzinie Stomatologii ustaliły ważne cele zdrowotne, które powinny być osiągnięte do 2020 roku. Najważniejszy z nich to minimalizacja występowania chorób jamy ustnej. Ważna jest promocja zdrowia w kierunku higieny jamy ustnej oraz ograniczenie wpływu jej schorzeń na inne choroby systemowe. Ideą zdrowotnych celów strategicznych jest ułatwienie krajowym i regionalnym jednostkom, odpowiedzialnym za organizację opieki stomatologicznej, realizacji działań prowadzących do uzyskania wyznaczonych wcześniej rezultatów [26]. Dla krajów europejskich sformułowano nowe cele zdrowia jamy ustnej do roku 2020, stanowiące część *Health21 policy for Europe*⁴. Zakładają one, że we wskazanym roku przynajmniej 80% dzieci w wieku 6 lat ma być wolnych od próchnicy, a u 12-latków nie powinno być dotknięte tym schorzeniem więcej niż półtora zęba [15; 27].

Promocja zdrowia jamy ustnej realizowana w placówkach oświatowych okazuje się efektywna, ponieważ działa na wszystkie środowiska bez względu na status ekonomiczny. Przedszkole jako pierwsza instytucja musi wspierać działania na rzecz promocji zdrowia i wspólnie z rodzicami edukować dziecko w zakresie zachowań higienicznych. Należy podjąć działania mające na celu poprawę komunikacji między rodzicem a placówką. Co dziesiąte dziecko w wieku 3 lat szczotkuje zęby bez pomocy rodziców. Wyniki badania Elżbiety Małkiewicz i współpracowników [28] wskazują, że 40% rodziców (badanej populacji) 3-latków

⁴ *Health21 policy for Europe* (Zdrowie 21 – Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku) – dokument wydany przez WHO. Europejskie „Zdrowie 21” sformułowało 21 zadań, które determinują funkcje i zadania zdrowia publicznego.

nie zgłosiło jeszcze swoich dzieci do stomatologa, chociaż w tym czasie korzystały one już z pomocy pediatrycznej [28; 29].

Programy zdrowotne dotyczące higieny stomatologicznej wśród dzieci są według zaleceń WHO najbardziej efektywne. Prowadzenie systematycznych zajęć informacyjno-edukacyjnych dla dzieci i młodzieży ma korzystny wpływ nie tylko dla zapobiegania uszkodzeniom zębów i powikłaniom, ale również kształtuje prawidłowe zachowania w późniejszym życiu. Działania z zakresu profilaktyki i edukacji od najmłodszych lat będą wpływały na jakość życia populacji w przyszłości.

2. Cele programu

a. Cel główny

Celem programu jest profilaktyka pierwotna i wtórna chorób jamy ustnej oraz poprawa stanu zdrowia jamy ustnej wśród dzieci w wieku 3–10 lat w gminie Rzgów, uczęszczających do Publicznego Przedszkola w Rzgowie, odbywających roczne przygotowanie przedszkolne w oddziałach przedszkolnych zorganizowanych w szkołach podstawowych na terenie gminy Rzgów oraz dla dzieci klas I–III szkół podstawowych na terenie gminy Rzgów w latach 2015–2018 poprzez: działania informacyjno-edukacyjne, profilaktykę stomatologiczną, stomatologię dziecięcą i zachowawczą, endodoncję oraz chirurgię stomatologiczną, w zależności od zaleconego planu leczenia.

b. Cele szczegółowe

- Ocena stanu zdrowia jamy ustnej u co najmniej 80% dzieci oraz kwalifikacja do dalszego postępowania.
- Podniesienie poziomu świadomości dzieci w wieku 3–10 lat w kwestii czynników ryzyka wystąpienia próchnicy.
- Kształtowanie właściwych nawyków higienicznych jamy ustnej oraz zachęcenie do regularnych stomatologicznych wizyt kontrolnych.
- Podnoszenie świadomości i edukowanie rodziców w kwestii czynników ryzyka wywołujących choroby jamy ustnej u dzieci.
- Podniesienie świadomości na temat potrzeby działań z zakresu profilaktyki pierwotnej próchnicy, leczenia stomatologicznego, zapobiegania powikłaniom, a także metod pielęgnacji jamy ustnej dziecka.
- Rzetelne informowanie społeczności lokalnej o prowadzonym programie.
- Zapewnienie równego dostępu do profilaktyki stomatologicznej dzieciom uczęszczającym do Publicznego Przedszkola w Rzgowie, odbywających roczne przygotowanie przedszkolne w oddziałach przedszkolnych zorganizowanych w szkołach podstawowych na terenie gminy Rzgów oraz dla dzieci klas I–III szkół podstawowych na terenie gminy Rzgów.

- Monitorowanie jakości udzielanych świadczeń.

c. Oczekiwane efekty

- Objęcie programem wysokiego odsetka (80%) populacji docelowej.
- Zmniejszenie lub zahamowanie zapadalności występowania próchnicy we wszystkich grupach wieku (obniżenie wartości średnich PUW⁵).
- zmniejszenie liczby osób we wszystkich grupach wieku, u których konieczne są leczenie endodontyczne oraz zabiegi z zakresu chirurgii stomatologicznej (obniżenie kosztów opieki stomatologicznej) – w przypadku wieloletniego programu.
- Wykształcenie i utrwalenie nawyków higienicznych jamy ustnej.
- Podniesienie świadomości dzieci z zakresu profilaktyki stomatologicznej.
- Podniesienie świadomości rodziców z zakresu profilaktyki stomatologicznej dla ich dzieci.
- Zmniejszenie absencji w szkołach z powodu bólu zęba lub nagłej wizyty u stomatologa.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- Liczba zgód rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie dzieci/młodzieży i ich ewentualne zmiany w porównaniu z liczebnością populacji docelowej.
- Ocena średnich PUW wśród dzieci po wprowadzeniu programu zdrowotnego.
- Ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez rodziców/opiekunów prawnych.

⁵ PUW – wskaźnik intensywności próchnicy.

3. Adresaci programu

a. Oszacowanie populacji, do której włączenie do programu jest możliwe

Program przewiduje objęcie interwencjami dzieci uczęszczające do Publicznego Przedszkola w Rzgowie, odbywające roczne przygotowanie przedszkolne w oddziałach przedszkolnych zorganizowanych w szkołach podstawowych na terenie gminy Rzgów oraz uczęszczające do klas I–III szkół podstawowych na terenie gminy Rzgów. Biorąc pod uwagę dane meldunkowe z dnia 15.09.2015 roku, populacja ta obejmuje 541 osób. Ze względów praktycznych można ją podzielić na podgrupy (zob. tab. 1).

Tabela 1. Podział badanej populacji (względy praktyczne)

Lp.	Nazwa placówki oświatowej	Liczba dzieci
1.	Przedszkole Publiczne w Rzgowie	193
2.	Szkoła Podstawowa im. J. Długosza w Rzgowie	207
3.	Szkoła Podstawowa im. Św. Królowej Jadwigi w Kalinie	65
4.	Szkoła Podstawowa im. K. Makuszyńskiego w Guzowie	76
	Razem	541

W kolejnych latach funkcjonowania projektu (4 lata) zostaną do niego zaproszone wszystkie dzieci, których wiek będzie spełniał ustalone kryteria włączenia. Długoletnie trendy demograficzne obserwowane na tym terenie związane z dynamiką urodzeń pozwalają sądzić, że w każdym roku populacja bazowa programu powiększy się o ok. 100 dzieci. W efekcie w ciągu 4 lat trwania projektu obejmie on około 840 osób.

W najbliższych latach planowane jest uruchomienie kolejnych dwóch placówek przedszkolnych (2017). W przypadku zrealizowania tych planów populacja objęta programem zwiększyłaby się o około 80 dzieci.

b. Tryb zapraszania do programu

Priorytetem niniejszego programu jest dotarcie do wszystkich mieszkańców spełniających kryteria wiekowe włączenia do projektu. Zapewni to wysoką frekwencję i pozwoli na osiągnięcie założonych celów. Narzędziem pozwalającym spełnić to założenie będzie kampania informacyjno-edukacyjna nakłaniająca do aktywnego uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej. Ze względów praktycznych ten element projektu zostanie skierowany przede wszystkim do rodziców (oraz opiekunów prawnych) dzieci z grupy docelowej. Wyżej wymienieni mieszkańcy gminy Rzgów będą informowani o zaplanowanych działaniach za pomocą lokalnych mediów (*Nasza Gmina*), strony internetowej miasta oraz poszczególnych placówek oświatowych, plakatów i ulotek informacyjnych. Dodatkowo szczegółowe informacje organizacyjne zostaną przekazane rodzicom dzieci w trakcie wywiadówek i wszelkich innych spotkań z gronem pedagogicznym. Uzyskają oni kompleksowe informacje organizacyjne oraz liczne materiały dotyczące projektu i planowanych działań. W razie potrzeby stosowane będą takie interwencje, jak np. bezpośredni kontakt telefoniczny oraz ogłoszenia w lokalnym kościele parafialnym.

4. Organizacja programu

a. Etapy organizacyjne programu

Program będzie się składał z kilku etapów organizacyjnych. Pierwszy z nich to akcja informacyjna, której założenia techniczne zostały opisane w punkcie odnoszącym się do adresatów programu zdrowotnego. W ramach tych działań dzieci z grupy docelowej oraz ich rodzice (opiekunowie prawni) zostaną poinformowani o wszelkich zagadnieniach związanych z próchnicą zębów, wynikających z niej powikłaniach oraz uwarunkowaniach organizacyjnych akcji. Zostaną też wyjaśnione wszelkie problematyczne kwestie dotyczące programu.

Drugi etap rozpocznie się pogadanką nt. promocji zdrowia przeprowadzoną na terenie placówki edukacyjnej. Młodzi uczestnicy programu będą zaznajamiani z podstawowymi metodami dbania o higienę jamy ustnej, zaleceniami dotyczącymi profilaktyki próchnicy, chorób jamy ustnej i przyzębia, informowani o właściwym sposobie odżywiania, w tym o spożywaniu owoców i warzyw, unikaniu słodyczy oraz poznają właściwe nawyki higieniczne. Odpowiedzialni za ten element edukacji będą albo wychowawcy z placówek oświatowych, albo profesjonalni edukatorzy/stomatolodzy realizujący program polityki zdrowotnej. Wykorzystane zostaną dostępne materiały edukacyjne opracowane przez towarzystwa naukowe, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, fundacje działające na rzecz zdrowia stomatologicznego oraz kuratoria i Ministerstwo Edukacji Narodowej. W trakcie pogadank duży nacisk położony zostanie na dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców. Uczestnicy tych akcji otrzymają drobne akcesoria (szczoteczka do zębów, kubek itp.) służące do dbania o właściwą higienę jamy ustnej. Następnie odbędzie się wizyta adaptacyjna, w trakcie której dzieci zapoznają się z gabinetem stomatologicznym oraz oswoją z przeprowadzanymi interwencjami medycznymi. Potem nastąpi przegląd uzębienia, na którego podstawie ustalony zostanie plan działań profilaktycznych mających na celu prewencję chorób zębów, przyzębia i jamy ustnej.

Pogadanki oraz interwencje grupowe (np. akcje fluoryzacji zębów) w celu optymalizacji ich realizacji, a także uzyskania wysokiej frekwencji będą prowadzone w trakcie godzin lekcyjnych, na terenie placówki oświatowej. Przeglądy stanu uzębienia, a także pozostałe działania, w ramach planu leczenia i profilaktyki, ze względu na ich indywidualny charakter, odbędą się poza

godzinami lekcyjnymi po wcześniejszym uzgodnieniu dogodnego terminu z rodzicami (opiekunami prawnymi) dziecka.

Podstawowe kryteria formalne udziału dziecka w programie to uczęszczanie do publicznej placówki oświatowej na terenie gminy oraz wyrażenie chęci uczestnictwa w programie. Będzie ono polegało na podpisaniu przez rodzica (opiekuna prawnego) świadomej zgody na udział. Druki te zostaną przekazane rodzicom przez nauczycieli w trakcie spotkań z gronem pedagogicznym (np. wywiadówek). Wszystkie wypełnione dokumenty będą przechowywane w gabinecie stomatologicznym z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych [51].

W celu nadzoru nad programem zostanie powołany koordynator odpowiedzialny za monitoring jego przebiegu oraz przygotowywanie raportów okresowych, które będą sprawozdawane Radzie Miejskiej w Rzgowie.

b. Planowane interwencje

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie gminy Rzgów w gabinecie stomatologicznym wybranym w drodze konkursu, w postępowaniu ogłoszonym zgodnie z art. 48 ust. 4 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027). Gabinet winien być wyposażony w standardowy sprzęt niezbędny do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu, taki m.in., jak unity stomatologiczne wraz ze sprzętem pomocniczym. W palpówce powinien znajdować się ponadto wewnątrzustny aparat rentgenowski. W razie uzasadnionej potrzeby bazę sprzętową należy uzupełnić o niezbędne wyposażenie dodatkowe.

Realizator programu będzie dysponował zasobami kadrowymi oraz rzeczowymi niezbędnymi do realizacji powierzonego mu zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa [52–55].

Grupy interwencji uwzględnione w programie zawarte są w tabeli 2.

Tabela 2. Grupy interwencji zaplanowane do realizacji w programie.

		Cechy charakterystyczne interwencji przewidzianych w programie stanowiące rozszerzenie świadczeń finansowanych w ramach NFZ					
Lp. świadczenia ICD-9-CM	Kod świadczenia wg NFZ	Nazwa świadczenia gwarantowanego w NFZ	Warunki realizacji świadczeń w ramach finansowania NFZ	Wiek dziecka w programie	Materiał użyty w programie	Częstość wykonania świadczenia w ramach programu	Inne
1. 23.0101	5.13.00.2301010	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej (kod ICD-9-CM 23.08)	Świadczenie jest udzielane 1 raz w roku kalendarzowym.	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat		Dwa razy w roku – wrzesień, luty	Badanie prowadzone w ramach wizyt adaptacyjnych i badań kontrolnych
2. 23.0102	5.13.00.2301020	Badanie lekarskie kontrole	Świadczenie jest udzielane 3 razy w roku kalendarzowym.			Co 3 miesiące	Świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej
3. 23.0301	5.13.00.2303010	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	Świadczenie obejmuje wykonanie techniczne zdjęć. Świadczenie jest udzielane do 2 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej.	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat		Wg potrzeb	Bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia

4.	23.0401	5.13.00.2304010	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	Świadczenie jest udzielane jako samodzielne znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi.	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat		Wg potrzeb	
5.	23.0402	5.13.00.2304020	Znieczulenie miejscowe nasiętkowe	Świadczenie jest udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi.	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Artykainy	Wg potrzeb	
6.	23.0403	5.13.00.2304030	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	Świadczenie jest udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi.	6, 7, 8, 9, 10 lat	Artykainy	Wg potrzeb	
7.	23.1106	5.13.00.2311060	Opatrunek leczniczy w zębie stałym		6, 7, 8, 9, 10 lat	Glasjonomer, materiał szkłojononemowy	Wg potrzeb	
8.	23.1502	5.13.00.2315020	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni		6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb	
9.	23.1503	5.13.00.2315030	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach		6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb	
10.	23.1504	5.13.00.2315040	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach		6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb	
11.	23.1505	5.13.00.2315050	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3 powierzchniach		6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb	
12.	23.1201	5.13.00.2312010	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem		3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Glasjonomer, materiał szkłojononemowy,	Wg potrzeb	

13.	23.1601	5.13.00.2316010	Usunięcie złogów nazębnych z 1/2 łuku zębowego	Świadczenie jest udzielane 1 raz w roku kalendarzowym w obrębie całego uzębienia.	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat				
14.	23.1003	5.13.00.2310030	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb	Świadczenie dotyczy bruzd zębów szóstych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 7. roku życia.	5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Heliosil	Wg potrzeb	Zęby 4, 5, 6, 7 Procedura może być powtarzana wielokrotnie w ramach programu – w zależności od wskazań lekarskich	
15.	23.1006	5.13.00.2310060	Lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego	Świadczenie dotyczy wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Duraphat – zęby mleczne, fluor protector – zęby stałe/uzębienie mieszane	Wg potrzeb	Objęcie świadczeniem dodatkowo zębów mlecznych	
16.	23.1507	5.13.00.2315070	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych	Świadczenie dotyczy zębów stałych i obejmuje złamany, zniszczony kąt sieczny zęba. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.	5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		
17.	23.1508	5.13.00.2315080	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szklivi	Świadczenie dotyczy zębów stałych. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.	5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		

18.	23.1108	5.13.00.2311080	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego	Świadczenie obejmuje także opracowanie ubytku zęba. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światoutwardzalny	Wg potrzeb
-----	---------	-----------------	--	---	-----------------------------	----------------------------	------------

Źródło: opracowanie własne

W ramach programu możliwe będzie również wykonanie pojedynczych zdjęć zębowych za pomocą aparatu rentgenowskiego. Procedura zostanie zastosowana w odniesieniu do każdego z uczestników na podstawie skierowania od lekarza stomatologa. Liczba zdjęć nie będzie limitowana i wynikać z uzasadnionej potrzeby oraz planu działań profilaktycznych.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w zaplanowanych interwencjach będą kwalifikowane wszystkie dzieci z publicznych placówek oświatowych z terenu gminy, należące do ustalonych grup wiekowych. Podstawowym kryterium formalnym udziału w programie jest podpisanie przez rodzica lub opiekuna prawnego świadomej zgody na uczestnictwo w akcji profilaktycznej (druk zgody w załączniku). Podpisane dokumenty zostaną dołączone do dokumentacji medycznej pacjenta. Pogadanki oraz wizyty adaptacyjne to pierwsza, wprowadzająca część tego programu. Będą one dotyczyły całej populacji dzieci uczęszczających do Przedszkola Publicznego w Rzgowie, odbywających roczne przygotowanie przedszkolne w oddziałach przedszkolnych zorganizowanych w szkołach podstawowych na terenie gminy Rzgów oraz uczniów klas I–III szkół podstawowych. Pozostałe zaplanowane interwencje obejmą grupy wiekowe wpisujące się w plan działań profilaktycznych. W przypadku wystąpienia czasowych przeciwwskazań, jak np. choroba dziecka, zostanie wyznaczony kolejny termin, w którym będzie ono mogło skorzystać z działań ujętych w programie. W tego typu sytuacjach kwestie organizacyjne ustali się indywidualnie w celu uzyskania najwyższej skuteczności prowadzonych działań.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia zaplanowane w programie i mające charakter grupowy (np. przeglądy stanu uzębienia lub akcje fluoryzacji zębów) będą udzielane w trakcie trwania godzin lekcyjnych. Terminy te zaplanuje się w taki sposób, aby nie pokrywały się ze świadczeniami gabinetu wybranego w drodze konkursu zakontraktowanymi w NFZ. W celu optymalizacji i uzyskania jak największej frekwencji dokładne dni i czas trwania działań każdorazowo będą konsultowane przez realizatora z gronem pedagogicznym danej placówki oświatowej.

Dzieci do gabinetu stomatologicznego będą przyprowadzane lub przywożone grupami zapewniającymi jak największe bezpieczeństwo oraz komfort pracy osób zatrudnionych przy realizacji programu. Gmina dysponuje autobusem (gimibusem) będącym jej własnością, który **może być** wykorzystany w niniejszym programie, w zależności od założeń przyjętych przez władze Rzgowa. Opcja ta dotyczy dzieci ze szkół podstawowych z miejscowości Kalino oraz Guzów. Odległość tych dwóch miejscowości od centrum Rzgowa wynoszą odpowiednio 4,5 km oraz 3,7 km, więc tego typu rozwiązanie logistyczne jest całkowicie uzasadnione i ułatwi realizację zaplanowanych działań. O wyżej wymienionych kwestiach organizacyjnych zostaną również poinformowani rodzice dzieci, którzy mając pełną wiedzę w zagadnieniach porządkowych, za pomocą pisemnego oświadczenia wyrażą zgodę na uczestnictwo w programie (wzór oświadczenia w załączeniu). W przypadku czasowego braku możliwości udziału w działaniach profilaktycznych (np. choroba dziecka) zostaną ustalone zbiorcze terminy dodatkowe, w których będzie można uzupełnić pominięte świadczenia zaplanowane w ramach programu. Pozostałe przewidziane interwencje, wpisujące się w plan działań profilaktycznych – polegające na interwencjach stomatologicznych – odbędą się poza godzinami lekcyjnymi w terminach ustalonych z rodzicami (opiekunami prawnymi).

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

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego określa wykazy procedur oraz warunki ich realizacji. Konkretnie procedury są zawarte w załącznikach nr 1–11 do ww. aktu prawnego. Świadczenia ogólnostomatologiczne precyzuje załącznik nr 1 rozporządzenia, świadczenia dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia – załącznik nr 2, natomiast wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia – załącznik nr 10 [24].

Działania w zakresie opisywanego programu zdrowotnego stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w ramach finansowania przez NFZ, które realizowane są na obszarze gminy.

Świadczenia stomatologiczne udzielane w ramach niniejszego programu zdrowotnego są uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych i je wspomagają. Wszystkim mieszkańcom objętym programem zostanie zapewniony równy dostęp do profilaktyki i opieki stomatologicznej.

f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji

Uczestnictwo w programie polega na stałej, całościowej profilaktyce stomatologicznej zgodnej z planem leczenia ustalonym w trakcie przeglądu stanu uzębienia i w razie potrzeby aktualizowanym na podstawie stwierdzonych zmian. Procedury będą obejmowały *spectrum* działań od wizyty adaptacyjnej do wypełnienia ubytków.

Rezygnacja z udziału w programie jest możliwa na każdym jego etapie, na życzenie rodziców lub opiekunów prawnych dziecka. Musi być ona potwierdzona na piśmie i dołączona do dokumentacji uczestnika programu.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Ze względu na logistykę dowozu (przyprowadzania) dzieci do gabinetu stomatologicznego wszyscy uczestnicy programu będą objęci ubezpieczeniem od następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW). Powyższe zostanie spełnione poprzez weryfikację ubezpieczeń realizowanych w ramach polis grupowych istniejących w placówkach oświatowych. Ponadto gmina Rzgów zabezpieczy się oddzielną polisą OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego.

Realizator programu zdrowotnego wybrany w drodze konkursu winien posiadać polisę OC gwarantującą zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Wszystkie planowane interwencje będą prowadzone z zachowaniem warunków fachowych i sanitarnych ustalonych dla tych procedur medycznych wynikających z aktualnych norm i przepisów prawa. Kształt i powierzchnia gabinetu stomatologicznego zapewni właściwe i funkcjonalne rozmieszczenie wyposażenia. W pomieszczeniach, w których będą przeprowadzane procedury stomatologiczne, znajdą się instalacje oraz wyposażenie wymagane dla gabinetów zabiegowych, tzn. umywalka z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz płynem dezynfekcyjnym, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użytku oraz na

ręczniki zużyte. Zgodnie z wymaganiami ogólnobudowlanymi pomieszczenia i urządzenia będą umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję [55]. Budynek, w którym mieści się gabinet stomatologiczny, powinien być dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych [58].

h. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu

Placówka wybrana w drodze konkursu będzie dysponować wymaganą kadrą oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych w programie procedur stomatologicznych [55; 56].

W realizacji interwencji zastosowane będą produkty lecznicze zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. PTS).

Dokumentacja medyczna powstająca w trakcie realizacji programu jest prowadzona i przechowywana w gabinecie stomatologicznym. Warunki będą zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [57].

i. Dowody skuteczności planowanych działań

- ***Opinie ekspertów klinicznych***

„To dorośli kształtują nawyki higienizacyjne. Jeżeli więc nie mamy należytej edukacji wśród dorosłych, nigdy nie przełoży się to na dzieci, według zasady: ‘Czego Jaś się nie nauczy, tego Jan nie będzie umiał’. Wszystkie nasze badania, nawet te, które przeprowadziłam w zeszłym roku na grupie tysiąca Polaków, zdecydowanie pokazują, że wiedza osób dorosłych na temat higieny jamy ustnej jest naprawdę niewystarczająca. Te statystyki zatrważają, bo jeżeli wiedza osób dorosłych jest niewystarczająca, to w jaki sposób mają one kształtować wzorce u małych dzieci” – mówi dr n. med. Agnieszka Laskus, specjalista stomatologii [30].

Z badań przeprowadzonych przez Fundację dr Laskus wynika, że 3/4 Polaków zgłasza się na wizyty u stomatologa raz do roku, a 17% w ogóle nie odwiedza gabinetów dentystycznych. Statystycznie po 35. roku życia większość Polaków nie ma aż 11 zębów, natomiast co czwarty Polak po 65. roku życia jest bezzębny. Niewielki procent zdaje sobie sprawę z tego, że jeśli chcemy prawidłowo dbać o higienę jamy ustnej, to powinniśmy stosować nić dentystyczną [30].

Według stanowiska Głównego Inspektora Sanitarnego (p.o. GIS Marek Posobkiewicz, 2013) zapobieganie próchnicy zębów u dzieci jest możliwe przy równoległym stosowaniu następujących metod: edukacja zdrowotna, utrzymanie higieny jamy ustnej, uzupełnienie związków fluoru, racjonalne żywienie oraz wczesne leczenie próchnicy (również zębów mlecznych). Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS) zaleca mycie zębów po każdym posiłku w placówkach przedszkolnych w połączeniu z edukacją zdrowotną dzieci i rodziców [31].

„W Polsce tylko 40–50% dorosłych szczotkuje zęby dwa–trzy razy dziennie, a przecież to oni mają być wzorcem do naśladowania dla dzieci. Szczoteczka do zębów jest w Polsce wymieniana najczęściej co sześć miesięcy, a nie co trzy, jak powinna. Tylko 20% kobiet w ciąży usłyszało od swojego ginekologa pytanie, czy były u stomatologa” – oznajmił prof. dr hab. n. med. Teresa Bachanek [32].

„Nie wszyscy zdają sobie sprawę, że poza kwestiami praktycznymi i estetycznymi stan zdrowia jamy ustnej wpływa na cały organizm człowieka. Wszystkie zmiany chorobowe lub nieprawidłowości, które występują w jamie ustnej, o ile nie są leczone, mogą prowadzić do rozwoju poważnych schorzeń ogólnoustrojowych” – mówi prof. dr hab. n. med. Bartłomiej W. Loster, Prezydent PTS [33]. „Próchnica zębów to bardzo duży problem społeczny w naszym kraju, dlatego musimy kłaść nacisk na edukację. Zły stan uzębienia w Polsce spowodowany jest w dużej mierze niewiedzą i zaniedbaniami, których dopuszczamy się każdego dnia ” – twierdzi prof. Loster [25].

- **Zalecenia, wytyczne i standardy w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek**

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 w celu operacyjnym nr 11 wskazano na intensyfikację zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży. W oczekiwanych efektach ujęto: zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży uczestniczących w edukacji prozdrowotnej (promocji zdrowia jamy ustnej), zmniejszenie częstości występowania próchnicy w uzębieniu mlecznym i stałym w populacji wieku rozwojowego oraz zmniejszenie częstości występowania stanów zapalnych dziąseł, urazów, patologii narządu żucia i chorób przyzębia [9].

Światowa Federacja Dentystyczna (World Dental Federation – FDI) w 2014 roku w globalnym raporcie wymieniła kluczowe zalecenia dla pacjentów służące polepszeniu stanu jamy ustnej. Są to:

- poprawa ekspozycji na fluor: mycie zębów minimum dwa razy dziennie z użyciem pasty z fluorem (ważne jest również płukanie jamy ustnej płynami z fluorem);
- przestrzeganie zdrowej diety; ograniczenie użycia cukrów, słodkich napojów, zmniejszenie spożywania przekąsek między głównymi posiłkami;
- żucie gumy (bez cukru) po przekąskach;
- dla dorosłych – ograniczenie używania tytoniu i spożywania napojów alkoholowych;
- regularne wizyty u lekarza-stomatologa;
- branie aktywnego udziału w akcjach promocyjnych dotyczących profilaktyki stomatologicznej [34].

Eksperti ze Stowarzyszenia w 2008 roku zalecili uszczelnianie zębów mlecznych i stałych u dzieci (jeżeli obciążone są ryzykiem próchnicy), zębów stałych u dorosłych (jeżeli obciążeni są ryzykiem próchnicy) oraz przy wczesnych zmianach szkliwa, aby zatrzymać postęp próchnicy [35].

W skali globalnej organizacje międzynarodowe w porozumieniu z WHO określiły strategiczne cele zdrowotne, które powinny być osiągnięte do roku 2020. Wymieniono m.in.: ograniczenie wpływu chorób jamy ustnej na stan zdrowia, promocję zdrowia, zmniejszenie wpływu na jednostkę i społeczeństwo chorób systemowych przebiegających z objawami w obrębie jamy ustnej poprzez zapobieganie, wczesną diagnostykę i efektywne leczenie [36].

- ***Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej***

Wczesne objawy próchnicy w uzębieniu mlecznym nie zawsze są zauważane przez rodziców czy opiekunów dziecka, a pierwsza wizyta u dentysty ma zwykle miejsce w starszym wieku, stąd wczesne pojawianie się próchnicy. Podejmuje się różne działania mające na celu edukację rodziców w zakresie higieny jamy ustnej, dzięki którym w ostatnich dziesięcioleciach polepszył się stan zdrowia zębów większości młodych rodziców. Oczywiście, nie przekłada się to

automatycznie na ich dzieci – wielu rodziców wciąż skłania się ku poglądowi, że ich zachowania higieniczne nie mają wpływu na stan zdrowia jamy ustnej ich potomstwa [37].

Z wyników badań z ostatnich 20 lat wynika, że jednym z głównych mechanizmów przeciwpróchnicowego działania jest fluor. Fluorki wywierają efekt kariostatyczny i hamują demineralizację powierzchni zęba. Najnowsze badania wykazały, że dzięki programom profilaktycznym, które oparte są na podnoszeniu wiedzy o prawidłowej higienie jamy ustnej (w tym np. o czyszczeniu zębów pastą zawierającą fluor), występowanie próchnicy spadło nawet do 70% [38].

W 1993 roku opublikowana była metaanaliza badań klinicznych. Celem badań było sprawdzenie, czy regularne stosowanie pasty do czyszczenia zębów z fluorem przynosi efekty. Analiza wykazała, że po czyszczeniu zębów preparatami zawierającymi fluor średnio po 3 latach redukcja próchnicy zwiększyła się o 6,4% w porównaniu ze stosowaniem innych preparatów [39].

Trzeba mieć na uwadze fakt, że zbyt duża ilość fluoru nie jest obojętna dla zdrowia. Rodzice powinni zwracać uwagę na różne czynniki, np.: wiek lub wagę dziecka oraz stężenie fluoru w wodzie. Choć z badań wynika, że najbezpieczniejsze i najmniej kosztowne jest używanie wody zawierającej fluor [40].

W programie profilaktycznym dla dzieci przedszkolnych proponowano mycie zębów raz dziennie (ze względu na brak możliwości częstszego wykonywania tego w przedszkolu), w grupie kontrolnej czyniono to w domu. U wszystkich dzieci uczestniczących w badaniu po roku odnotowano poprawę higieny. Największą – w grupie dzieci szczotkujących zęby w przedszkolu. Zmniejszenie płytki nazębnej u 6-latków w badanej grupie wyniosło 58,3%, a w grupie kontrolnej – 55,2% [41].

W 2014 roku członkowie Wrocławskiego Pedagogicznego Koła Naukowego postanowili przeprowadzić akcję profilaktyczno-edukacyjną w zakresie zdrowia jamy ustnej skierowaną do dzieci w wieku przedszkolnym. Akcja polegała na serii ciekawych wykładów (z użyciem wizualizacji i zabawy) w celu zapoznania dzieci z prawidłowymi zachowaniami prozdrowotnymi. Dzieci uczestniczyły w prezentacjach nt. budowie zęba, żywienia, higieny i wizyty u dentysty.

Uzyskane dane dowodzą, że realizowanie działań promujących zdrowie w przedszkolach jest celowe i skutkuje zwiększeniem wiedzy dotyczącej profilaktyki próchnicy [42].

Wyniki badań klinicznych wykonane po 2000 roku wskazują na utrzymywanie się odsetka dzieci wolnych od próchnicy na tym samym (złym lub bardzo złym) poziomie, co względem przyjętej normy na rok 2015 (70% dzieci powinno być wolnych od próchnicy) należy ocenić jako pogorszenie dotychczasowej sytuacji epidemiologicznej. Niska skuteczność polskiego systemu opieki stomatologicznej, szczególnie dotycząca dzieci przedszkolnych, dowodzi konieczności przeprowadzenia radykalnych zmian w tym obszarze [43].

- **Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego**

W dniu 1 sierpnia 2015 roku ruszyła kolejna edycja projektu „Dzieciństwo bez próchnicy”. Program zakłada edukację i profilaktykę stomatologiczną chorób jamy ustnej u małych dzieci (0–5 lat) poprzez szkolenia i warsztaty dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców, opiekunów, wychowawców przedszkolnych, a także personel medyczny. Zamiarem jest dotarcie do ok. 90 tys. dzieci w 1,7 tys. placówek przedszkolnych w całej Polsce. Program zakłada efekt mnożnikowy poprzez wykorzystywanie materiałów na temat profilaktyki próchnicy w pracy z kolejnymi rocznikami wychowanków [44].

W 2005 roku powstała Fundacja Wiewiórki Julii (wcześniej Villa Nova Dzieciom), powołana przez dr Dżuliettę Kiworkową. Była to pierwsza organizacja zapewniająca bezpłatną opiekę dentystyczną dzieci i młodzieży, a także oferująca regularne konsultacje i przeglądy. Na początku swojej działalności fundacja pomagała podopiecznym domów dziecka oraz placówek socjalnych w Warszawie i okolicach. Ze względu na wzrastającą liczbę zgłoszeń pochodzących również z mniejszych miejscowości wojewódzkich fundacja postanowiła rozszerzyć działalność. Zamierza dotrzeć do dzieci z małych miejscowości „Dentobusem”, specjalnie wyposażonym gabinetem stomatologicznym na kółkach. „Dentobus Wiewiórki Julii” dociera do miejsc, w których mieszkańcom trudno jest skorzystać z opieki stomatologicznej na własną rękę [45].

Dobrym przykładem może być też wieloletni, ogólnoswiatowy program higieny jamy ustnej „Radosny uśmiech, radosna przyszłość” opracowany przez firmę Colgate. Co roku program ten

dociera do ponad 50 mln dzieci oraz ich rodzin, w 30 wersjach językowych, w 80 krajach całego świata. Zachęca on dzieci, by dbały o zęby i dziąsła. Celem jest dostarczenie nauczycielom, dzieciom oraz ich rodzinom narzędzi i wiedzy potrzebnych do stosowania profilaktyki jamy ustnej. Pracownicy firmy prowadzą zajęcia, ucząc dzieci np. prawidłowego szczotkowania zębów, zachęcają do ograniczenia słodyczy w diecie oraz wzbudzają większe zaufanie do stomatologów [46].

Od 2013 roku Polski Czerwony Krzyż i Wrigley Poland wraz z partnerami pilotują wspomniany już wcześniej program edukacyjno-profilaktyczny „Chroń dziecięce uśmiechy”. Prowadzone są zajęcia edukacyjne dla dzieci w wieku szkolnym oraz bezpłatne badania jamy ustnej. Na koniec każdej edycji (dotąd były już dwie) zostaje sporządzony raport i ogłasza się wyniki. Dzięki nim można porównać, jak zmieniają się wiedza i umiejętności dzieci w zakresie higieny jamy ustnej [47].

Ponadto, w gminach w całej Polsce intensywnie wdrażane są programy, które mają na celu działania profilaktyczno-edukacyjne. Obejmują one: bezpłatne badania jamy ustnej, fluoryzację kontaktową, lakowanie bruzd, prowadzenie zajęć podnoszących świadomość rodziców lub opiekunów w omawianej tu dziedzinie itp. Każdy program jest opiniowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Może być wdrożony tylko po uzyskaniu opinii pozytywnej [48; 49; 50].

5. Koszty

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji dostępnych w Urzędzie Miasta w Rzgowie wybierano populację docelową w ramach zadanego programu zdrowotnego, a następnie szacowano odsetek osób, które z niego skorzystają. Odsetek ten różni się w zależności od grupy wiekowej objętej programem i waha się od ok. 10% w odniesieniu do dorosłej populacji do nawet 90% dla grupy dzieci i młodzieży. Koszty całkowite przewidziane na realizację programu podzielono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji zaplanowanych działań, a także zakupu i niezbędnych prac przystosowawczych na potrzeby programu.

a. Koszty jednostkowe

Całkowity budżet programu został zaplanowany przy założeniach przedstawionych w tabeli 3.

Tabela 3. Założenia całkowitego budżetu programu profilaktyki stomatologicznej

Szacowana populacja	Odsetek uczestniczących	Populacja korzystających	Koszt jednostkowy programu
840 dzieci	80%	672 dzieci	ok. 353 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

Na niżej opisany koszt składają się koszty: przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badań lekarskich, wykonania procedur stomatologicznych, materiałów, upominków dla uczestników, transportu dzieci, niezbędnych opłat i ubezpieczeń.

b. Planowane koszty całkowite

Na całkowity roczny budżet projektu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

Koszty organizacyjne:

- opracowanie organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań;
- wystandaryzowane protokoły postępowania pracy poszczególnych uczestników programu (lekarzy, wychowawców, nauczycieli, edukatorów);
- wydruki ankiet;
- materiały biurowe;
- opracowanie schematów realizacji badania.

Koszty realizacji programu:

- wykonawstwo badań lekarskich;
- wykonanie procedur stomatologicznych;
- koszty materiałów.

Koszt całkowity realizacji programu jest zależny od wyceny przedstawionej przez oferentów w procedurze konkursowej, a także od liczebności populacji oraz częstości wykonywanych badań ze wskazań lekarskich.

Przyjęto maksymalne stawki za realizację poszczególnych procedur w ramach programu. Wycenę świadczeń przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wycena świadczeń w ramach programu

Cechy charakterystyczne interwencji przewidzianych w programie stanowiące rozszerzenie świadczeń finansowanych w ramach NFZ								
Lp.	Kod świadczenia ICD-9-CM	Kod świadczenia wg NFZ	Nazwa świadczenia gwarantowanego w NFZ	Wiek dziecka w programie	Materiał użyty w programie	Częstość wykonania świadczenia w ramach programu	Inne	Wycena świadczenia w ramach programu
1.	23.0101	5.13.00.2301010	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat		Dwa razy w roku – Wrzesień, luty	Badanie prowadzone w ramach	15 zł

			również instruktaż higieny jamy ustnej (kod ICD-9-CM 23.08)				wizyt adaptacyjnych i badań kontrolnych	
2.	23.0102	5.13.00.2301020	Badanie lekarskie kontrolne			Co 3 miesiące	Świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej	15 zł
3.	23.0301	5.13.00.2303010	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat		Wg potrzeb	Bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia	25 zł
4.	23.0401	5.13.00.2304010	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat		Wg potrzeb		5 zł
5.	23.0402	5.13.00.2304020	Znieczulenie miejscowe nasiękowe	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Artykainy	Wg potrzeb		20 zł
6.	23.0403	5.13.00.2304030	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	6, 7, 8, 9, 10 lat	Artykainy	Wg potrzeb		30 zł
7.	23.1106	5.13.00.2311060	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	6, 7, 8, 9, 10 lat	Glasjonomer, materiał szkłojonomerowy	Wg potrzeb		50 zł
8.	23.1502	5.13.00.2315020	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni	6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		80 zł
9.	23.1503	5.13.00.2315030	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach	6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		90 zł
10.	23.1504	5.13.00.2315040	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach	6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		100 zł
11.	23.1505	5.13.00.2315050	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego	6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		120 zł

			ubytku na 3 powierzchniach					
12.	23.1201	5.13.00.2312010	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Glasjonomer, materiał szkłojonomerowy, tempofore	Wg potrzeb		50 zł
13.	23.1601	5.13.00.2316010	Usunięcie złogów nazębnych z 1/2 łuku zębowego	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat		Dwa razy w roku		20 zł
14.	23.1003	5.13.00.2310030	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb	5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Heliosil	Wg potrzeb	Zęby 4,5,6,7 Procedura może być powtarzana wielokrotnie w ramach programu – w zależności od wskazań lekarskich	20 zł
15.	23.1006	5.13.00.2310060	Lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Duraphat – zęby mleczne, fluor protector – zęby stałe/uzębienie mieszane		Objęcie świadczeniem dodatkowo zębów mlecznych	10 zł
16.	23.1507	5.13.00.2315070	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych	5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		120 zł
17.	23.1508	5.13.00.2315080	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa	5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		50 zł
18.	23.1108	5.13.00.2311080	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		70 zł

Źródło: opracowanie własne.

Koszty ogólne programu:

- koszty obsługi administracyjnej programu;
- koszty monitorowania zewnętrznego;
- koszty ewaluacji przez ekspertów;
- koszt zakupu upominków dla dzieci;
- koszt niezbędnych opłat i polis;
- koszty transportu dzieci;
- rezerwa budżetowa.

Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej:

- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie, utrzymanie i aktualizacja zakładki na stronie internetowej Urzędu Miasta dedykowanej projektowi (przygotowanie grafiki, treści, aktualizacja informacji w serwisie);
- zaprojektowanie i zamieszczenie bannerów reklamowych w lokalnych serwisach informacyjnych on-line;
- zaprojektowanie, przygotowanie poradników i ulotek adresowanych do rodziców nt. kampanii informacyjnej, plakatów informacyjnych dystrybuowanych w szkołach podstawowych;
- przygotowanie i realizacja reklamy informującej o prowadzonej kampanii, publikowanej w lokalnej prasie.

Tabela 5. Planowany budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Kwota
Koszty organizacyjne	5 tys. zł
Koszty realizacji badań profilaktycznych i procedur	204,2 tys. zł
Koszty ogólne programu	25 tys. zł
Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej	3 tys. zł
Razem	237,2 tys. zł

Źródło: opracowanie własne.

Maksymalne koszty całkowite, przy zakładanej liczbie wykonanych procedur w ramach programu oraz przy objęciu programem całości zakładanej populacji korzystającej, niezbędne do realizacji programu, szacowane są na **ok. 237,2 tys. zł.**

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie ze środków budżetu gminy Rzgów, zgodnie z umowami zawartymi z jego realizatorami.

Środki finansowe przeznaczone na ten cel mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w kolejnych latach w zależności od możliwości budżetowych gminy Rzgów.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Próchnica występuje u dzieci nawet poniżej 3. roku życia, a z wiekiem częściej i z ryzykiem poważniejszych powikłań. Badania wskazują, że 6-letnie dziecko ma już średnio cztery zęby objęte mlecze próchnicą, a 18-latek – ponad osiem zębów stałych z próchnicą [1–6].

Nieleczona próchnica u dzieci pociąga za sobą poważne konsekwencje. Jej następstwa mogą mieć charakter fizyczny (ból, wada zgryzu, nieestetyczny zapach i wygląd), ale również psychospołeczny – obniżenie samooceny i absencja w szkole. Zły stan zdrowotny często wpływa na obniżenie wyników osiągniętych w szkole lub/i w życiu osobistym..

Według zaleceń WHO najkorzystniejszy dla wdrażania promocji zdrowia jamy ustnej jest okres wczesnoszkolny, kiedy realizacja programów edukacji stomatologicznej przynosi najlepsze efekty, a jednocześnie zapewnia najszerszy krąg oddziaływania [1].

Sytuacja epidemiologiczna przedstawiona w ciągu ostatniej dekady wygląda alarmująco. Niezbędne jest ulepszenie systemu profilaktyki stomatologicznej m.in. poprzez implikację programów polityki zdrowotnej polegających na podnoszeniu poziomu wiedzy i umiejętności, a także kształtowanie prozdrowotnych nawyków w zakresie higieny jamy ustnej.

O potrzebie wprowadzenia programów polityki zdrowotnej świadczą problemy u dzieci występujące w zakresie opieki stomatologicznej w województwie łódzkim. W 1989 roku było zaledwie 4,1% 6-latków wolnych od próchnicy, w 2005 – ponad 16%. W roku 2005 w

województwie łódzkim próchnicą objętych było średnio pięć zębów mlecznych, a obecne badania wykazały, że cztery zęby. Wynik ten wydaje się niepokojący, tym bardziej, że w tym okresie u dzieci dochodzi do wyrzynania się pierwszych zębów stałych, które szybko mogą zostać zainfekowane tą chorobą.

Potrzeba wdrożenia programu zdrowotnego na lata 2015–2018 dotyczącego profilaktyki stomatologicznej, a kierowanego do najmłodszych mieszkańców gminy Rzgów, wynika: z założonych i promowanych do 2020 roku przez WHO celów zdrowia jamy ustnej dla regionu europejskiego, z celu operacyjnego nr 11, z Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 oraz z potrzeby rozszerzenia dostępności i uzupełnienia na terenie gminy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki stomatologicznej.

Biorąc pod uwagę liczne następstwa próchnicy oraz ich kosztowność, działania z zakresu edukacji, profilaktyki i leczenia od najmłodszych lat z pewnością pozytywnie wpłyną na stan zdrowia i jakość życia mieszkańców gminy Rzgów w przyszłości.

Programy zdrowotne dotyczące higieny stomatologicznej wśród dzieci są według zaleceń WHO najbardziej efektywne. Prowadzenie systematycznych zajęć informacyjno-edukacyjnych dla dzieci i młodzieży ma nie tylko korzystny wpływ na zapobieganie uszkodzeniom zębów i powikłaniom, lecz również kształtuje prawidłowe zachowania w późniejszym życiu. Efektem długofalowym ma być również zwiększenie świadomości zdrowotnej w zakresie możliwości zapobiegania i wczesnego wykrywania oraz zmniejszenie liczby zachorowań na próchnicę wśród wszystkich mieszkańców gminy Rzgów.

Organizacja badania została tak zaplanowana, by uzyskać maksymalną efektywność przy zakładanych kosztach działań. Realizacja programu zdrowotnego w przedstawiony sposób gwarantuje optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów. Uwzględniono nie tylko koszty samych procedur medycznych, lecz także działań informacyjnych, które są niezbędne w przypadku programu zdrowotnego adresowanego do tak szerokiej populacji.

6. Monitoring i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja projektu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność dzieci do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny programu. Kolejnym elementem jest fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Ostatnim elementem tego procesu będzie analiza efektywności realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w tego typu interwencjach. Te ostatnie działania będą miały charakter wybitnie długofalowy.

a. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowe narzędzie bieżącego monitoringu realizacji założonych celów programu. Aby ją przeprowadzić, dane liczbowe odnoszące się do liczby przyjętych dzieci będą porównywane z liczebnościami w poszczególnych grupach wiekowych w populacji docelowej programu. Działania te zostaną oparte na okresowych raportach, analizowanych przez koordynatora programu (druk raportu w załączniku).

Monitoringowi okresowemu poddana zostanie również liczba zgód na udział w programie. Zmiana tego parametru w trakcie poszczególnych lat trwania projektu będzie porównywana z liczebnością populacji docelowej. Uzyskane wyniki powinny w wysokim stopniu korespondować z jakością działań informacyjnych i promocyjnych. Będą również dobrym odzwierciedleniem zmian świadomości społeczeństwa w zakresie znaczenia profilaktyki stomatologicznej.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Ze względu na kwestie merytoryczne ten fragment monitoringu programu zostanie przeprowadzony przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie stomatologii. Specjalistycznej ocenie poddana będzie metodologia programu zdrowotnego. Szczególną uwagę należy tu zwrócić na możliwości realizacji założonych celów i przyjęte rozwiązania praktyczne.

Wysoką jakość świadczeń zaplanowanych w programie zostanie na bieżąco poddana monitorowaniu przez koordynatora programu (element realizowany za pomocą ankiety).

Kwestionariusz będzie okresowo rozdawany rodzicom (opiekunom prawnym) dzieci z grupy docelowej. Ankieta jest w pełni anonimowa i pozwoli na ocenę zadowolenia uczestników z prowadzonych interwencji. Kwestionariusze będą okresowo analizowane również pod kątem ewentualnych uwag i sugestii, które mogą zostać uwzględnione w kolejnych latach trwania projektu.

W razie potrzeby, w trakcie realizacji programu, zostanie przeanalizowana zmiana wskaźników intensywności próchnicy PUW. Działanie to stanowi uzupełnienie procesu oceny jakości wykonywanych świadczeń.

c. Ocena efektywności programu

W celu skutecznej oceny efektywności programu analiza obejmie następujące dane:

- liczba dzieci biorących udział w programie polityki zdrowotnej;
- liczba nowo rozpoznanych przypadków próchnicy (z podziałem na grupy wiekowe);
- zmiany w zakresie wskaźnika PUW.

Należy zauważyć, że analiza ww. wskaźników (np. PUW) w krótkim okresie (np. roku) może być wyjątkowo trudna, a uzyskane wnioski – mylące. W związku z powyższym znaczenie będą miały tendencje o charakterze długofalowym wspomagane oceną i odniesieniem do statystyk ogólnopolskich.

7. Okres realizacji programu

Powyższy program został zaplanowany na lata 2015–2018. W kolejnych latach do udziału będą włączane osoby osiągające wiek stanowiący kryterium włączenia.

W tabeli 6 zawarto szczegółowy harmonogram przedstawiający realizację zadań w programie.

Tabela 6. Harmonogram zadaniowy

Grupa działań w ramach programu	2015	2016				2017				2018			
	IX–XII	I–III	IV–VI	VII–IX	X–XII	I–III	IV–VI	VII–IX	X–XII	I–III	IV–VI	VII–IX	X–XII
Działania organizacyjne													
Przygotowanie programu polityki zdrowotnej	X												
Opiniowanie programu przez AOTMiT	X	X											
Opracowanie organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań	X	X											
Opracowanie wystandaryzowanych protokołów postępowania pracy poszczególnych uczestników programu (lekarzy, wychowawców, nauczycieli, edukatorów)	X	X											
Opracowanie schematów realizacji badania	X	X											
Wyznaczenie koordynatora programu	X												
Organizacja kampanii	X	X	X										

informacyjnej													
Zaprojektowanie zakładki na stronie internetowej Urzędu Miasta dedykowanej projektowi (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie)		X	X										
Utrzymanie i aktualizacja zakładki na stronie internetowej Urzędu Miasta dedykowanej projektowi (aktualizacja informacji w serwisie)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Zaprojektowanie i zamieszczenie bannerów reklamowych w lokalnych serwisach informacyjnych on-line	X	X	X										
Zaprojektowanie, przygotowanie poradników i ulotek adresowanych do rodziców nt. kampanii informacyjnej, plakatów informacyjnych	X	X	X										
Zakup materiałów biurowych	X	X											
Produkcja materiałów informacyjnych papierowych		X	X										
Akcja informacyjna													
Dystrybucja w placówkach oświatowych poradników i ulotek adresowanych do rodziców nt. programu zdrowotnego		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Przygotowanie i realizacja reklamy informującej o	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

prowadzonej kampanii, emitowanej w lokalnej prasie													
Wydruki ankiet		X	X										
Realizacja programu													
Ogłoszenie konkursu na realizatora programu		X	X										
Wyłonienie realizatora programu		X	X										
Nawiązanie współpracy z organizacją mi zewnętrznymi			X	X									
Spotkania informacyjne w placówkach oświatowych			X	X									
Rekrutacja uczestników				X		x		x		x		x	
Przeglądy stomatologiczne				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Wykonawstwo badań lekarskich				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Wykonanie procedur stomatologicznych				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Działania sprawdzające													
Monitoring realizacji programu			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ewaluacja programu			X		X				X		X		
Sprawozdanie okresowe do Rady Miasta			X		X			X			X		X
Sprawozdanie końcowe do Rady Miasta													X
Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu													X
Zakończenie realizacji programu													X

8. Bibliografia

1. World Health Organization: „Oral Health”, <http://www.who.int/en> [dostęp: 30.08.2015; 10:45].
2. National Institute of Dental and Craniofacial Research: „Dental and periodontal infections”, Chapter 3, <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/ SurgeonGeneral/sgr/chap3.htm> [dostęp: 30.08.2015; 10:30].
3. Kaczmarek U.: „Aspekt bakteryjny próchnicy zębów mlecznych”, *Dent Med Probl.* 2004;41(3):509–514.
4. Dental Health Foundation: „Oral health and disease prevention”, Ireland, <http://www.dentalhealth.ie/dentalhealth/causes/diseaseprevention.html> [dostęp: 30.08.2015; 10:30].
5. Pawka B., Dreher P., Herda J. i wsp.: „Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym”, *Probl Hig Epidemiol.* 2010;91(1):5–7.
6. Petersen P.E: „Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives”, *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33:274–279.
7. Mayo Clinics: „Cavities/Tooth decay”, <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cavities/basics/complications/con-20030076> [dostęp: 30.08.2015; 14:00].
8. Zawada Ł., Matuszewska A., Chrzęszczy D., Konopka T.: „Utrata zębów u dorosłych mieszkańców Wrocławia”, *Dent Med Probl.* 2012;49(3):391–398.
9. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15.05.2007.
10. Minister Zdrowia: „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015”, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0013/5620/13monitjamyust_progr2013_20130510.pdf [dostęp: 30.08.2015, 15:40].
11. Buczkowska W., Stanios E.: „Profilaktyka próchnicy”, *ABC Zdrowie*, <https://portal.abczdrowie.pl/profilaktyka-prochnicy> [dostęp: 30.08.2015; 15:00].

12. Moreira R.S.: „Epidemiology of Dental Caries in the World”, Brasil 2012, <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/29340.pdf> [dostęp: 30.08.2015; 15:30].
13. Eurobarometer 330: „Oral Health”, Report 2012, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_en.pdf [dostęp: 30.08.2015; 16:00].
14. Patel R., Dental Advisor: „Oral Health in Europe”, Report, September 2012, http://www.worldoralhealthday.com/wp-content/uploads/2014/03/FDIWhitePaper_OralHealthWorldwide.pdf [dostęp: 30.08.2015; 16:30].
15. Wysocki M. J., Miller M.: „Paradygmat LaLonde`a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe Zdrowie Publiczne”, *Przeegl Epidemiol.* 2003;57:505–512.
16. Piątkowska D.: *Zarys Kariologii*. Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2002.
17. Szatko F.: „Polski model opieki dentystycznej. Pozytywy i negatywy”, *Gazeta Lek.* 2008;10.
18. Eaton K.: „The state of oral health in Europe”, http://www.wfpha.org/tl_files/doc/about/OHWG/AttA.pdf [dostęp: 30.08.2015; 16:30].
19. Woynarowska B., Oblacińska A.: „Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne”, *Studia BAS.* 2014;2(38):41–64.
20. NIK: „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych”, Nr ewid. 131/2013/P/12/124/K.
21. Ipsos Marketing: „Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych”, marzec 2013, http://www.pck.pl/media/repository/2014/cz_1/Raport_Ipsos_Chron_Dzieciece_Usmiechy_skrot.pdf [dostęp: 10.09.2015; 21:00].
22. Ipsos Marketing: „Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych”, marzec 2014, http://www.pck.pl/media/repository/2015/cz_1/Raport_Ipsos_Chron_Dzieciece_Usmiechy_edycja_2.pdf [dostęp: 10.09.2015; 21:00].

23. Rybarczyk-Townsend E., Hilt A., Lubowiedzka B., Wochna-Sobańska M.: „Stan uzębienia u dzieci 6-letnich w województwie łódzkim na podstawie badań z roku 2008”, *Nowa Stomatol.* 2010;1:9–14.
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. 2013, poz. 1462.
25. Informacja prasowa dla Światowego dnia zdrowej jamy ustnej, 2015, http://www.pck.pl/media/repository/2015/cz_1/Swiatowy_Dzien_Zdrowia_Jamy_Ustnej_informacja_prasowa.pdf [dostęp: 03.09.2015; 16:00].
26. Hobdell M., Petersen P.E., Clarkson J., Johnson N.: „Global goals for oral health 2020”, *Int Dent J.* 2003;53:285–288.
27. *Health21. The Health for All Policy Framework for the WHO European Region.* Copenhagen 1999.
28. Małkiewicz E.H., Borkowska T., Wierzbicka M.: „Świadomość stomatologiczna i zachowania zdrowotne opiekunów dzieci, zainteresowanych programami profilaktycznymi”, *Probl Hig Epidemiol.* 2012;93(1): 90–96.
29. Skonieczna J., Jankowska M., Olejniczak D., Boratyński W.: „Zachowania higieniczne dzieci w wieku przedszkolnym w ocenie rodziców”, *J Educ Health Sport.* 2015;5(9):109–116.
30. Dziennik internetowy *Newseria*: „Polska należy do czołówki krajów z największą liczbą dzieci dotkniętych próchnicą. Problem ten dotyczy blisko 90 proc. polskich sześciolatków”, http://www.lifestyle.newseria.pl/newsy/polska_nalezy_do,p43559669 [dostęp: 01.09.2015; 14:30].
31. Poślad J.: „Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie szczotkowania zębów przez dzieci w przedszkolach”, Warszawa 2013.
32. Medonet: „Z próchnicą walczy się od pierwszego zęba”, <http://www.medonet.pl/zdrowie-na-co-dzien,artykul,1664555,2,z-prochnica-walczy-sie-odpierwszego-zeba,index.html> [dostęp: 01.09.2015; 15:10].

33. Stomatologia News: „Polscy eksperci na rzecz zdrowia jamy ustnej”, <http://stomatologianews.pl/polscy-eksperci-rzecz-zdrowia-jamy-ustnej/> [dostęp: 01.09.2015; 15:20].
34. World Dental Federation: „Oral Health Worldwide, Report 2014”, http://www.worldoralhealthday.com/wp-content/uploads/2014/03/FDIWhitePaper_OralHealthWorldwide.pdf [dostęp: 01.09.2015; 14:00].
35. Korpowicz E., Jasiński P.: „Wskazania do uszczelniania bruzd i zagłębień anatomicznych zębów w świetle współczesnej literatury”, *Nowa Stom.* 2013;4:175–179.
36. Hobdell M., Petersen P.E., Clarkson J., Johnson N.: „Global goals for oral health 2020”, *Int Dent J.* 2003;53:285–288.
37. Kiene B.: *Dialog o Profilaktyce*, 2012/2013, http://www.gaba-dent.pl/data/docs/pl_PL/8459/PD-Poland-2012.pdf [dostęp: 11.09.2015, 12:00].
38. Weyna E., Buczkowska-Radlińska J., Grocholewicz K.: „Bezpieństwo profilaktyki fluorkowej w świetle wiedzy studentów i lekarzy oraz dowodów naukowych”, *Czas Stomatol.* 2005;LVIII(6):397–403.
39. Johnson M.F.: „Comparative efficacy of NaF and SMFP dentifrices in caries prevention: A meta-analytic overview”, *Caries Res.* 1993;27:328–336.
40. Kimmelman B. „Fluoride is there a limit, Compendium Contin”, *Edu Dent.* 1995;16(4):376–386.
41. Manowiec J., Lisiecka K., Suszczewicz A.: „Wpływ programu profilaktycznego realizowanego u dzieci przedszkolnych na liczbę *Streptococcus mutans* i *Lactobacillus* w ślinie”, *Dent Med Probl.* 2003;40(2):281–286.
42. Duszkiewicz P., Świtła J.: „Analiza porównawcza wiedzy stomatologicznej dzieci w wieku przedszkolnym z dużego i małego miasta”, *Nowa Stomatol.* 2014;2:70–76.
43. Szatko F., Rabęda A., Bromblik A.: „Ocena skuteczności systemu opieki stomatologicznej na podstawie analizy porównawczej stanu uzębienia i potrzeb stomatologicznych dzieci w wieku przedszkolnym”, *Czas Stomatol.* 2008;61(1):61–68.

44. Swiss Contribution, Projekt: „Dzieciństwo bez próchnicy”, 2015, http://www.zebymalegodziecka.pl/o_nas_w_mediach/91/szwajcarsko_polski_program_wspolpracy.html [dostęp: 13.09.2015; 23:10].
45. Fundacja Wiewiórki Julii, Projekt: „Dentobus”, <http://wiewiorkajulia.pl/dentobus/o-projekcie/> [dostęp: 13.09.2015; 23:30].
46. Colgate, Ogólnoswiatowy Program Edukacyjny „Radosny uśmiech, radosna przyszłość”, <http://sp4-tbg.pl/index.php/inf-konk/akcje/430-program-edukacyjny-colgate> [dostęp: 13.09.2015; 23:45].
47. Polski Krzyż Czerwony: „Chroń dziecięce uśmiechy”, http://www.pck.pl/pages,10_300.html [dostęp: 01.09.2015; 15:00].
48. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 131/2012 z dnia 16 lipca 2012 o projekcie programu „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci z rocznika 2003 na terenie gminy miejskiej Łaziska Górne”.
49. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 27/2013 z dnia 18 lutego 2013 r. o projekcie programu „Program profilaktyki stomatologicznej dla dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie gminy Aleksandrów”.
50. AOTM. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 293/2013 z dnia 10 grudnia 2013 r. o projekcie „Program profilaktyki stomatologicznej prowadzony w latach 2013–2015 obejmujący dzieci z gminy Brwinów w wieku 6–9 lat”.
51. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883.
52. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.
53. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381.
54. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679.

55. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r. Nr 0, poz. 739.
56. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.
57. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2014 r., poz. 177.
58. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie, Dz. U. z 2002 r. Nr 75 poz. 690.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ W RZGOWIE
Jan Michałak

9. Załączniki

a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

PIECZĘĆ/NAZWA JEDNOSTKI

**SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ
W RAMACH
PROGRAMU PROFILAKTYKI STOMATOLOGICZNEJ
GMINA RZGÓW**

1. Sprawozdanie za okres
2. Liczba przyjętych dzieci
- w tym – przyjętych poza ustalonym harmonogramem
(np. z powodu choroby)

3. Badanie lekarskie stomatologiczne
wraz z instruktażem higieny jamy ustnej
4. Badanie lekarskie kontrolne
5. Rentgenodiagnostyka
6. Znieczulenie miejscowe powierzchniowe
7. Znieczulenie miejscowe nasiękowe
8. Znieczulenie przewodowe zewnątrzustne
9. Opatrunek leczniczy w zębie stałym
10. Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba
11. Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem
.....
12. Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym
.....
13. Lakierowanie zębów
14. Całkowite opracowanie i odbudowa
zniszczonego kąta w zębach siecznych
15. Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa
16. Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego
17. Uwagi:
.....

.....
Data

.....
Podpis

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ W RZGOWIE
Jan Michalak

b. Ankieta satysfakcji

ANKIETA SATYSFAKЦИИ PACJENTA
Program polityki zdrowotnej „Profilaktyka stomatologiczna”
gmina Rzgów

1. Jak ocenia Pan(i) poziom opieki medycznej w trakcie wizyty w gabinecie?

a. *Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)*

- Bardzo dobrze*
- Dobrze*
- Średnio*
- Źle*
- Nie mam zdania*

b. *Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)*

- Bardzo dobrze*
- Dobrze*
- Średnio*
- Źle*
- Nie mam zdania*

c. *Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty*

- Bardzo dobrze*
- Dobrze*
- Średnio*
- Źle*
- Nie mam zdania*

d. *Punktualność*

- Bardzo dobrze*
- Dobrze*

- Średnio
- Źle
- Nie mam zdania

2. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w gabinecie?

a. Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Średnio
- Źle
- Nie mam zdania

b. Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Średnio
- Źle
- Nie mam zdania

c. Sprawność obsługi

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Średnio
- Źle
- Nie mam zdania

d. Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Średnio
- Źle

Nie mam zdania

3. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w gabinecie?

- Bardzo dobrze*
 Dobrze
 Średnio
 Źle
 Nie mam zdania

4. Inne uwagi

.....
.....
.....
.....
.....

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

*Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.*

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ W RZGOWIE

Jan Michałak

c. Zgoda na udział w programie

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE PROFILAKTYCZNYM
dotycząca programu profilaktyki stomatologicznej
gmina Rzgów

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu profilaktycznego oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w jego dalszej części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział mojego dziecka w programie stomatologicznym nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu profilaktycznego zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 29.08.1997).

Opiekun prawny pacjenta:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu

(ręką opiekuna prawnego pacjenta)

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z pacjentem lub/i opiekunem prawnym pacjenta(ki), używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. programu.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu

ORYGINAŁ

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ W RZGOWIE

Jan Michałak

57

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE PROFILAKTYCZNYM
dotycząca programu profilaktyki stomatologicznej
gmina Rzgów

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu profilaktycznego oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w jego dalszej części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział mojego dziecka w programie stomatologicznym nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu profilaktycznego zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 29.08.1997).

Opiekun prawny pacjenta:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu
(ręką opiekuna prawnego pacjenta)

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z pacjentem lub/i opiekunem prawnym pacjenta(ki), używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. programu.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)
podpisu

Podpis i data złożenia

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ W RZGOWIE

Jan Wychałałak

KOPIA