

Załącznik nr 1 do ogłoszenia Wójta Gminy Kleszczów

z dnia 16 stycznia 2023r

**Program polityki zdrowotnej**

**Gminy Kleszczów**

**na lata 2023–2025**

**w zakresie**

**profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej**

Opracowanie dokumentu na zlecenie Urzędu Gminy Kleszczów

dr n. o zdr. Jacek Borowicz



dr n. o zdr. Jacek Borowicz

PubHealth

01-738 Warszawa, ul. Izabelli 16/12

NIP 538-157-48-57; REGON 368571482

tel. kom. 505-418-428

e-mail: jacek.borowicz@pubhealth.pl

www.pubhealth.pl

# Spis treści

[Spis treści 3](#_Toc123839358)

[Spis tabel: 5](#_Toc123839359)

[Spis rycin: 5](#_Toc123839360)

[Podstawa przygotowania programu 6](#_Toc123839361)

[1. Opis problemu zdrowotnego 7](#_Toc123839362)

[a. Choroba lub problem zdrowotny 7](#_Toc123839363)

[Profilaktyka próchnicy 10](#_Toc123839364)

[b. Epidemiologia 12](#_Toc123839365)

[Epidemiologia województwo łódzkie 15](#_Toc123839366)

[c. Obecne postępowanie 24](#_Toc123839367)

[Świadczenia gwarantowane 25](#_Toc123839368)

[2. Cele programu i mierniki efektywności 27](#_Toc123839369)

[a. Cel główny 27](#_Toc123839370)

[b. Cele szczegółowe 27](#_Toc123839371)

[c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu 27](#_Toc123839372)

[3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji 28](#_Toc123839373)

[a. Populacja docelowa 28](#_Toc123839374)

[b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu 29](#_Toc123839375)

[c. Planowane interwencje 30](#_Toc123839376)

[ 1. Akcja informacyjna 31](#_Toc123839377)

[ 2. Rekrutacja uczestników 31](#_Toc123839378)

[ 3. Kwalifikacja do działań w ramach programu 32](#_Toc123839379)

[ 4. Szkolenia/działania edukacyjne dotyczące zapobiegania schorzeniom zębów i jamy ustnej 32](#_Toc123839380)

[ 5. Lekarska wizyta kwalifikacyjna 35](#_Toc123839381)

[ 6. Świadczenia profilaktyki stomatologicznej 36](#_Toc123839382)

[d. Sposób udzielania świadczeń 48](#_Toc123839383)

[e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej 49](#_Toc123839384)

[4. Organizacja programu 50](#_Toc123839385)

[a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów 50](#_Toc123839386)

[Ad 4. Wybór realizatora 51](#_Toc123839387)

[Ad 5. Akcja informacyjna 51](#_Toc123839388)

[Ad 7 Monitoring działań 51](#_Toc123839389)

[Ad 9 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu 51](#_Toc123839390)

[b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 52](#_Toc123839391)

[5. Monitorowanie i ewaluacja 54](#_Toc123839392)

[a. Monitorowanie 54](#_Toc123839393)

[b. Ewaluacja 56](#_Toc123839394)

[6. Koszty 58](#_Toc123839395)

[a. Koszty jednostkowe 58](#_Toc123839396)

[b. Planowane koszty całkowite 60](#_Toc123839397)

[c. Źródła finansowania, partnerstwo 61](#_Toc123839398)

[7. Bibliografia 62](#_Toc123839399)

[8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora 64](#_Toc123839400)

[a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu 64](#_Toc123839401)

[b. Zgoda na udział w programie 65](#_Toc123839402)

[c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania informacyjno-edukacyjne - wzór 67](#_Toc123839403)

[d. Sprawozdanie częściowe 69](#_Toc123839404)

[e. Sprawozdanie końcowe 70](#_Toc123839405)

## Spis tabel:

[Tabela 1. Zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy w grupie dzieci i u osób dorosłych 11](#_Toc123839406)

[Tabela 2. Liczba lekarzy dentystów 16](#_Toc123839407)

[Tabela 3. Liczebność grup wiekowych w populacja całościowej programu 29](#_Toc123839408)

[Tabela 4. Grupy interwencji zaplanowane do realizacji w programie 36](#_Toc123839409)

[Tabela 5. Rodzaje i wysokość kosztów rocznych działań w ramach programu 59](#_Toc123839410)

[Tabela 6. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu 60](#_Toc123839411)

## Spis rycin:

[Rycina 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy, w tym w krajach EU 13](#_Toc123839412)

[Rycina 2. Wpływ palenia tytoniu na DALY w województwach (K i M łącznie) w 2019 r. 17](#_Toc123839413)

[Rycina 3. Wpływ spożywania alkoholu na DALY w województwach (K i M łącznie) w 2019 r. 18](#_Toc123839414)

[Rycina 4. Wpływ ryzyka żywieniowego na DALY w województwach (K i M łącznie) w 2019 r. 18](#_Toc123839415)

[Rycina 5. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. 19](#_Toc123839416)

[Rycina 6. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. 19](#_Toc123839417)

[Rycina 7. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) - Choroby dziąseł i przyzębia 20](#_Toc123839418)

[Rycina 8. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) - Nieprawidłowości położenia i/lub liczby zębów, zaburzenia struktur podtrzymujących 20](#_Toc123839419)

[Rycina 9. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) – choroby gruczołów ślinowych 21](#_Toc123839420)

[Rycina 10. Liczba świadczeniodawców w ramach zakresu Świadczenia ogólnostomatologiczne 21](#_Toc123839421)

[Rycina 11. Badania lekarskie - liczba porad i liczba pacjentów w województwach 22](#_Toc123839422)

[Rycina 12. Leczenie endodontyczne etapowe - liczba porad w województwach 23](#_Toc123839423)

[Rycina 13. Badania lekarskie - liczba porad i liczba pacjentów w województwach 23](#_Toc123839424)

[Rycina 14. Piramida wieku mieszkańców gminy Kleszczów, 2020 rok. 28](#_Toc123839425)

# Podstawa przygotowania programu

Niniejszy program polityki zdrowotnej zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285) oraz został przygotowany w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

# 1. Opis problemu zdrowotnego

## a. Choroba lub problem zdrowotny

Najczęściej występujące choroby jamy ustnej to próchnica i choroba przyzębia. Na próchnicę ludzie są podatni przez całe życie, jednak najczęściej chorują dzieci. Choroba przyzębia częściej występuje wśród osób dorosłych, najwięcej zachorowań jest rejestrowanych wśród osób powyżej 30. roku życia. Udowodniono, że połączenie działań profilaktycznych w sferach indywidualnej, społecznej i zawodowej może sukcesywnie zwalczać te choroby.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje próchnicę jako umiejscowiony, patologiczny proces o pochodzeniu zewnątrzustrojowym, który prowadzi do odwapnienia oraz proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Próchnica jest podstawowym schorzeniem jamy ustnej. Zaliczono ją do chorób społecznych ze względu na rozpowszechnianie, skutki ogólnozdrowotne oraz cierpienia spowodowane powikłaniami.

Choroba ta najczęściej opisywana jest jako wcześnie pojawiające się (nierzadko tuż po wyrżnięciu zębów mlecznych) „zmiany próchnicowe na powierzchniach wargowych zębów przednich górnych, w okolicy szyjki i na powierzchniach żujących zębów trzonowych obejmujących następnie inne powierzchnie”.

Próchnica zębów to najbardziej rozpowszechniona choroba jamy ustnej. Stanowi problem zdrowotny zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się, również w Polsce. W ciągu ostatnich lat w Polsce odnotowano poprawę działań profilaktycznych przeciw próchnicy, ale na tle Europy wciąż znajdujemy się wśród krajów o niskim poziomie profilaktyki.

Próchnica stanowi istotny i narastający problem zdrowotny w polskiej populacji ze względu na etiologię, obecny poziom wiedzy społeczeństwa, mnogość czynników ryzyka oraz ogólną dostępność świadczeń gwarantowanych z tego zakresu (Szczeklik 2017, Cameron 2008, Szybka 2011).

Nieleczona próchnica powoduje poważne skutki, np. ból zębów, wady zgryzu i związane z tym problemy natury estetycznej, nieprzyjemny zapach z ust. Niesie za sobą również następstwa psychospołeczne. Osoby z dolegliwościami w obrębie jamy ustnej mogą mieć niższą samoocenę (kwestia wyglądu uzębienia lub występująca halitoza). Zły stan zdrowotny jamy ustnej w konsekwencji wpływa na obniżenie ogólnej jakości życia. W skrajnych przypadkach powikłanie wrzodziejąco-martwiczego zapalenia jamy ustnej (łac. noma) może powodować zgon. Część tych następstw występuje w późniejszym okresie życia.

Konsekwencją przedwczesnej utraty zębów mlecznych są wady zgryzu pojawiające się w późniejszym wieku. W wielu przypadkach ma to niekorzystny wpływ na wygląd oraz na pogorszenie stanu odżywienia dzieci, co przekłada się na zaburzenie ich wzrostu i rozwoju fizycznego. Jeżeli wraz z wiekiem u dziecka nie wyrobi się nawyku dbania o higienę jamy ustnej, a przy tym nie będą przestrzegane wizyty kontrolne i profilaktyczne, próchnicy ulegną zęby stałe.

Jeżeli w odpowiednim momencie nie zostanie podjęte leczenie, następstwa tej choroby mogą być bardzo kosztowne (w sensie finansowym, społecznym i osobistym). Zaawansowany stan wymaga bardziej kompleksowego, a więc i droższej kuracji w postaci zabiegów chirurgicznych, leczenia kanałowego, ekstrakcji, zabiegów w znieczuleniu ogólnym, a nawet hospitalizacji.

Próchnica zębów jest chorobą infekcyjną, wywołaną przez bakterie kolonizujące ich powierzchnie. W odróżnieniu od większości chorób zakaźnych występujących u ludzi, próchnica jest wynikiem zaburzenia lokalnej równowagi mikroflory endogennej jamy ustnej niż działania patogenu egzogennego (Cameron 2008).

Często gwałtowny przebieg choroby zależy od zachowania równowagi pomiędzy czynnikami gospodarza a czynnikami zewnętrznymi.

Do jej podstawowych czynników etiologicznych należą:

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

Bakteriami występującymi najliczniej na płytce zęba jest Streptococcus mutans, natomiast w istniejącym już ognisku próchnicowym zwiększa się ilość innych bakterii, m.in. Lacidophilus acidophilus. Bakterie podczas metabolizowania węglowodanów ulegających fermentacji produkują kwasy (mlekowy, octowy, propionowy, mrówkowy), rozpuszczające związki mineralne szkliwa i zębiny, prowadząc do demineralizacji, czyli odpływania jonów wapnia Ca+2 z powierzchni zęba do śliny. Osłabiony enamel zanika, tworząc ubytki, przez co zęby stopniowo są narażone na zniszczenie. Nieleczona próchnica prowadzi do rozpadu substancji organicznej, następnie rozpadu substancji nieorganicznej, zapalenia miazgi oraz zapalenia tkanek okołowierzchołkowych. Próchnica również atakuje korzenie zębów, co powoduje silny ból w jamie ustnej.

Na podstawie wielokierunkowych badań, obecnie stwierdza się, że choroba próchnicowa zębów jest wynikiem oddziaływania wielu powiązanych ze sobą czynników. Należą do nich: bakterie próchnicotwórcze, węglowodany oraz podatne na próchnicę twarde tkanki zęba. Istotną rolę odgrywa zależność między czasem oddziaływania tych czynników, a śliną. W szczególności dotyczy to jej zdolności buforujących i przeciwbakteryjnych. W efekcie dochodzi do wytworzenia specyficznego środowiska jamy ustnej. Jest to istotny element w procesie rozpatrywania ryzyka wystąpienia próchnicy. Podatność powierzchni zgryzowej zębów na próchnicę jest częściowo uwarunkowana ich budową anatomiczną. Specyficzny proces tworzenia szkliwa związany z czynnością ameloblastów na przeciwległych stronach bruzd sprawia, iż grubość szkliwa zmniejsza się od powierzchni zgryzowej w kierunku podstawy bruzdy. W efekcie jej głębokość może wynosić zaledwie 1 mm (Kawalec 2008).

Głównymi czynnikami ryzyka chorób jamy ustnej są dla całości populacji:

* niski status społeczno-ekonomiczny,
* złe nawyki higieniczno-żywieniowe,
* niska świadomość prozdrowotna matek małych dzieci,
* niski poziom fluoru w wodzie pitnej,
* palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu.

Większość wymienionych wyżej czynników ryzyka sprawia, że próchnica występuje nawet u dzieci poniżej 3. roku życia, a z wiekiem występuje częściej i dodatkowo z ryzykiem poważniejszych powikłań. Badania wskazują, że 6-letnie dziecko ma już przeciętnie 4 zęby mleczne z próchnicą, a 18-latek ponad 8 zębów stałych z próchnicą

Do określania rozpowszechnienia i nasilenia próchnicy zębów stosowany jest wskaźnik próchnicy PUWz. W odniesieniu do zębów mlecznych, PUWz oznacza sumę liczby zębów z próchnicą (P), zębów usuniętych z powodu próchnicy (U) i zębów wypełnionych (W). W użyciu jest też wskaźnik PUWP, odnoszący się do powierzchni zębowych, a nie do całych zębów (Olczak-Kowalczyk 2012).

Do najczęstszych następstw próchnicy zębów są zaliczane:

* **ubytki zębowe**

Około 60–90% dzieci na świecie w wieku szkolnym ma ubytki zębów, które nieleczone przynoszą ból i dyskomfort w obrębie jamy ustnej.

* **choroby przyzębia**

Ciężkie choroby przyzębia (dziąseł), które mogą prowadzić do utraty zębów, występują u 15–20% dorosłych w średnim wieku (35–44 lata).

* **utrata zębów**

Próchnica zębów i choroby przyzębia są głównymi przyczynami utraty uzębienia. Całkowita utrata naturalnych zębów zazwyczaj występuje wśród osób starszych. W skali globalnej około 30% osób w wieku 65–74 lata ma problem z częściową lub całkowitą bezzębnością. Utrata zębów może też wystąpić w wieku wczesnym, co w konsekwencji powoduje wady zgryzu i niekorzystny wygląd w obrębie jamy ustnej.

### Profilaktyka próchnicy

Skuteczność zapobiegania próchnicy zależy m.in. od ukierunkowania działań profilaktycznych na ograniczenie czynników ryzyka choroby. Dlatego stale podejmowane są próby wyodrębnienia czynników predysponujących do rozwoju próchnicy we wczesnym dzieciństwie oraz prowadzone są badania oceniające ich znaczenie w rozwoju procesu próchnicowego (Turska-Szybka 2011).

Profilaktyka próchnicy obejmuje dwie grupy działań – pierwszą jest edukacja i kształtowanie postaw oraz zachowań prozdrowotnych, drugą grupę stanowią działania praktyczne – dbanie o higienę jamy ustnej. Edukacja dzieci i ich rodziców jest jednym z najważniejszych elementów profilaktyki, gdyż ma wpływ na kształtowanie właściwych nawyków od najmłodszych grup wiekowych.

Podstawową zasadą zapobiegania chorobie próchnicowej są następujące aspekty: prawidłowe odżywianie, dbałość o higienę jamy ustnej oraz stosowanie środków profilaktycznych zawierających fluor. Interwencje w zakresie profilaktyki próchnicy różnicuje się na: profilaktykę zbiorową, profilaktykę grupową, profilaktykę indywidualną. Ta ostatnia dzieli się natomiast na: profilaktykę domową oraz profilaktykę profesjonalną (Szczeklik 2017).

Jako najważniejsze działania profilaktyczne możemy wskazać:

* **profilaktykę jamy ustnej**

Zaliczyć tu można np. szczotkowanie zębów przynajmniej dwa razy dziennie. Konieczne jest, aby zabieg ten został prawidłowo przeprowadzony – oprócz zębów trzeba oczyścić również język i ścianki jamy ustnej, na których skupia się duża ilość mikroorganizmów. Należy także sprawdzić skład pasty do zębów i dbać, by zawierała odpowiedni poziom fluoru, który chroni szkliwo zęba przed powstawaniem procesów próchniczych;

* **prawidłowe odżywianie się**

W kontekście próchnicy rozumiane jako stosowanie zmniejszonej ilości cukrów prostych.

Według raportu WHO z 2003 roku głównym czynnikiem etiologicznym próchnicy zębów jest posterupcyjne oddziaływanie cukru zawartego w produktach spożywczych. Do najbardziej niekorzystnych dla zdrowia jamy ustnej źródeł cukru zalicza się: cukier rafinowany oraz pokarmy przetworzone, słodkie napoje.

Bakterie, będące głównym czynnikiem odpowiedzialnym za rozwój próchnicy, rozkładają cukry obecne w produktach żywnościowych, a w wyniku tego procesu powstają kwasy niszczące szkliwo i powodujące utratę substancji mineralnych z zęba (demineralizację). Osłabione szkliwo ulega rozpadowi, powodując pierwszy ubytek. Ogniska próchnicy występują najczęściej na powierzchni żującej zębów bocznych. Prawidłowa dieta to ważny element profilaktyki próchnicy, na który również składają się: odpowiedni poziom składników mineralnych, odżywczych i witamin niezbędnych do prawidłowego rozwoju zębów, ale też odpowiednia konsystencja pokarmów, dostosowana do rozwoju aparatu żucia;

* **regularne wizyty u stomatologa**

Kontrola stanu jamy ustnej podczas badania przez lekarza specjalistę pomaga w zapobieganiu niepożądanym zmianom. Lekarz dentysta będzie odpowiedzialny za działania profilaktyczne wykonywane w gabinecie, np. lakierowanie szczelin na powierzchniach zębów stałych.

Tabela 1 przedstawia zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy.

Tabela 1. Zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy w grupie dzieci i u osób dorosłych

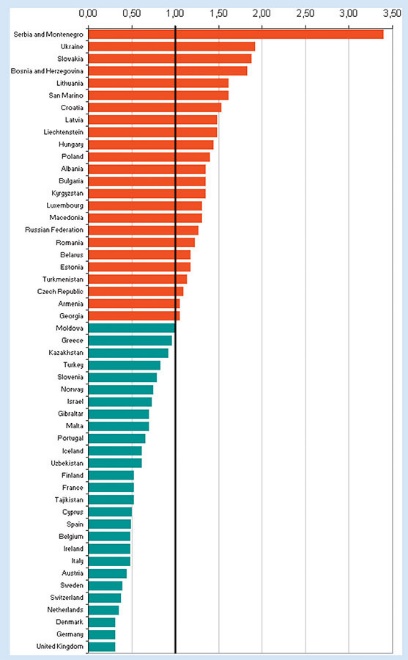
|  |  |
| --- | --- |
| **Działanie profilaktyczne** | **Opis działania** |
| **Fluorowanie wody pitnej** | Codzienna ekspozycja na fluor przyjmowany z wodą  Monitorowanie stosowania past fluorkowych |
| **Wizyty kontrolne** | Regularne, okresowe  W zależności od potrzeby zdrowotnej pacjenta |
| **Ocena ryzyka próchnicy** | Dokonywana przez stomatologa u każdego pacjenta  Okresowo weryfikowana |
| **Szczotkowanie zębów pastą z fluorem** | Monitorowanie stosowania past fluorkowych |
| **Porada dietetyczna** | W zakresie ograniczenia spożycia cukrów |
| **Stosowanie preparatów fluorowych** | np. pasty do zębów, żele, płyny do płukania ust |
| **Zdrowa dieta** | Dotycząca spożywania cukrów  Prowadzenie zajęć edukacyjnych w zakresie związku między spożywaniem cukrów a rozwojem próchnicy |
| **Dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem** | Pastą z fluorem o jego zawartości min 1000 ppm (dla małych dzieci wskazane stosowanie past z obniżoną zawartością fluoru) |
| **Profesjonalna zapobiegawcza terapia fluorkowa** | W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka rozwoju próchnicy |
| **Lakowania szczelin i bruzd zębów trzonowych stałych** | U dzieci i młodzieży |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Global Oral Health – CAPP

## b. Epidemiologia

Według danych WHO na całym świecie 60–90% dzieci w wieku poniżej 7 lat ma ubytki w zębach. Powikłania próchnicy, mogące prowadzić do utraty zębów, występują u 15–20% populacji w wieku 35–44 lata. Na świecie około 30% osób w wieku 65–74 lata utraciło wszystkie swoje zęby. Choroby jamy ustnej w grupie dzieci i dorosłych częściej występują wśród osób o niskim statusie ekonomicznym i społecznym. Należy pamiętać, iż próchnica to nie tylko problem estetyki zębów. Szacuje się, że nieleczona próchnica może skutkować zwiększonym ryzykiem występowania w przyszłości raka jamy ustnej. Ryzyko to wynosi od 1 do 10 przypadków na 100 tys. osób i jest wyższe wśród mężczyzn, osób starszych oraz osób z niskim poziomem wykształcenia i niskimi dochodami. WHO wskazuje, iż rak jamy ustnej jest na 8. miejscu na liście najczęściej występujących nowotworów na świecie.

Rycina 1 przedstawia występowanie próchnicy w 53 krajach, w tym w 24 krajach Unii Europejskiej. Czerwonym kolorem zaznaczono kraje, w których ryzyko względne występowania próchnicy jest większe od średniej europejskiej. Największe ryzyko względne notuje się w Serbii i Czarnogórze. Polska znajduje się mniej więcej w środku grupy krajów (11. pozycja) o podwyższonym ryzyku.



Rycina 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy, w tym w krajach EU

Źródło: Moreira R.S.: Epidemiology of Dental Caries in the World, Brasil 2012; http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/29340.pdf

W Polsce obserwuje się wysoki i gwałtownie rosnący między 35.–44. a 65.–74. rokiem życia odsetek osób dorosłych z bezzębiem oraz gwałtownie malejącą w tym okresie życia średnią liczbę zachowanych zębów naturalnych. Jednocześnie występują masowe choroby przyzębia (w 2008 roku tylko u 14,1% pacjentów stomatologicznych nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie). Odnotowuje się również niepokojąco rosnącą liczbę chorych z nowotworami jamy ustnej, które stanowią aż 27% nowotworów występujących w obrębie głowy i szyi.

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli (NIK) stan zdrowia jamy ustnej Polaków odbiega od standardów europejskich. NIK zwraca uwagę, że wyniki badań epidemiologicznych świadczą o niewystarczającej skuteczności działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia. Tempo obniżania zapadalności na próchnicę w Polsce jest niezadowalające, na co wskazują wyniki przedstawiane w raportach z „Monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”. Autorzy programu podkreślają, że stomatolodzy prowadzą w Polsce głównie działalność naprawczą, ponieważ nie stworzono mechanizmów motywujących ich (zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym) do podejmowania funkcji edukacyjnej wobec pacjentów i stosowania profilaktyki. Jedynie 15–20% z nich podjęło się działań edukacyjnych.

W 2018 roku liczba lekarzy dentystów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ wynosiła 16,3 tys., czyli 47% ogółu i 48% pracujących w podmiotach leczniczych.

Głównym źródłem danych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych są ankiety badawcze oraz dane zbierane w ramach badań statystyki publicznej prowadzonych przez Ministra Zdrowia.

W badaniach ankietowych Polacy deklarują powszechne korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej. W 2018 r. w badaniu CBOS Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych, (*CBOS, Nr 97/2018 z lipca 2018 r., https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K\_097\_18.PDF)* deklarowało to 88% respondentów.

Zdecydowana większość respondentów (82%) korzysta ze świadczeń stomatologicznych poza systemem finansowanym ze środków publicznych. Ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych skorzystał tylko co trzeci respondent – 36% ankietowanych. W tym przypadku jednak istotną rolę może odgrywać również zakres samych świadczeń gwarantowanych.

Dostępne dane epidemiologiczne wskazują, że próchnica stanowi istotny problem zdrowotny. Dane epidemiologiczne odnoszą się do wszystkich chorób jamy ustnej i ukazują rozmiar problemu pod względem obciążenia dla systemu opieki zdrowotnej.

Opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia dane z 2015 r., pozyskane w ramach programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020”, ukazują problem próchnicy w populacji polskiej z uwzględnieniem płci, wieku i miejsca zamieszkania. Autorzy badań dochodzą do wniosku, że próchnica stanowi istotny problem w polskiej populacji i wraz z wiekiem dochodzi do jej spotęgowania (MZ 2016).

### Epidemiologia województwo łódzkie

Analiza w zakresie stomatologii stanowi jeden z elementów Map potrzeb zdrowotnych w zakresie grup chorób.

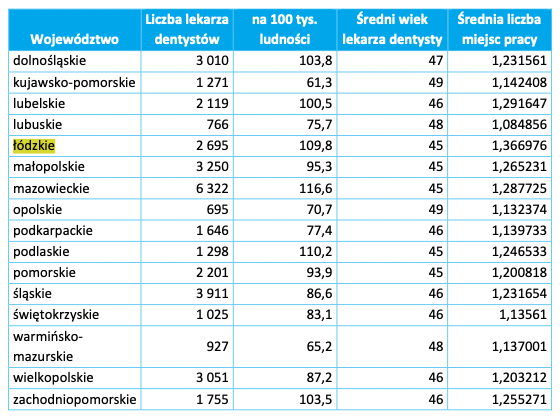
Odnotowano w nich m.in. następujący aspekt: niski odsetek osób korzystających ze świadczeń refundowanych, który jest trudny do precyzyjnego ustalenia. Piotrowska i wsp. podają, że w IV kwartale 2013 r. tylko 11,5% uprawnionych świadczeniobiorców korzystało z usług stomatologicznych refundowanych przez publicznego płatnika.

Obiektywną trudnością w ścieżce pacjenta do stomatologa jest fakt jednoczesnego i/lub dowolnie naprzemiennego korzystanie przez pacjentów zarówno z usług refundowanych, jak i usług płatnych z własnych środków, w zależności od posiadanych zasobów finansowych wpływa to w sposób bezpośredni na późniejszy stan uzębienia pacjenta jak i jego otoczenia, w szczególności małoletnich dzieci należących do najbliższej rodziny.

Przy analizie stanu zdrowia mieszkańców województwa zwrócono uwagę na poziom bezrobocia i zagrożenie ubóstwem jego mieszkańców. Jest ono ważnym czynnikiem wpływającym na ograniczenie dostępu do różnego rodzaju usług, w tym świadczeń zdrowotnych. Występuje także problem w zapewnieniu równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, występuje nierównomierne rozmieszczenie przestrzenne kadry medycznej, które utrudnia właściwe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej oraz opieki szpitalnej.

Województwo łódzkie ma najwyższy w kraju wskaźnik średniej liczby miejsc pracy dla lekarzy dentystów. Oznacza to, że ilość placówek stomatologicznych nie przekłada się na ilość personelu, a co za tym idzie ilość czasu możliwego na podjęcie działań profilaktyczno-edukacyjnych.

Tabela 2. Liczba lekarzy dentystów



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

Próchnica zębów jest wymieniana – obok choroby niedokrwiennej serca, nowotworów, cukrzycy II typu czy alergii – jako współczesna poważna choroba cywilizacyjna, silnie warunkowana z jednej strony stylem życia, z drugiej zaś czynnikami systemowymi i środowiskowymi.

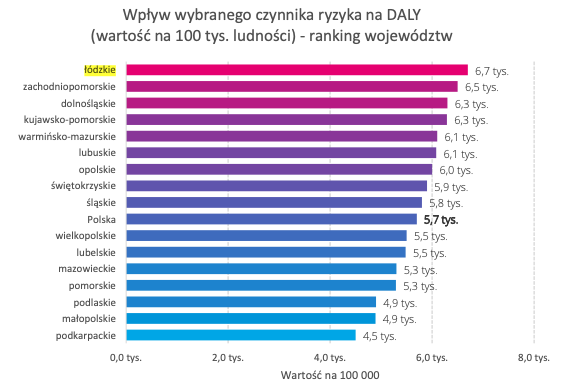
W celu poprawy powyższych wskaźników należy dążyć do zwiększenia dostępu do lekarza dentysty oraz lekarzy specjalistów w zakresie jamy ustnej. Dodatkowo, ze względu na niską świadomość zdrowotną społeczeństwa, konieczne jest wdrożenie edukacji zdrowotnej, programów profilaktycznych oraz badań przesiewowych.

Mając na uwadze znaczenie behawioralnych czynników ryzyka, istotne jest przeanalizowanie programów ukierunkowanych na ich ograniczenie. Działania obejmujące m. in. poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa, a także profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi zostały określone w celach operacyjnych podstawowego dokumentu polityki zdrowia publicznego, tj. Narodowego Programu Zdrowia.

Analizując zróżnicowanie regionalne czynników ryzyka, warto zwrócić uwagę na spożycie alkoholu. Województwem, gdzie czynnik ten ma zdecydowanie największy wpływ na DALY, jest łódzkie (o ok. 32% więcej niż w Polsce i o ok. 17% więcej niż w województwie śląskim znajdującym się na drugim miejscu).

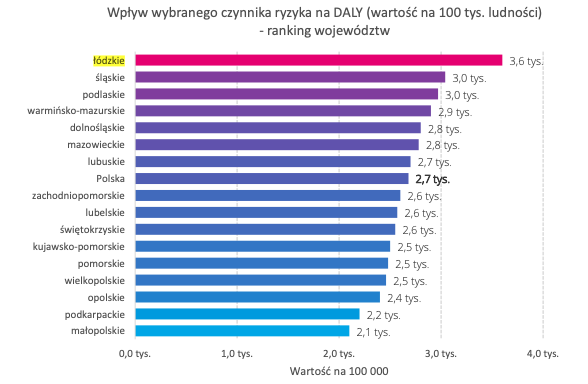
Kolejnym czynnikiem ryzyka odpowiadającym za najwyższą utratę lat życia w zdrowiu w Polsce jest palenie tytoniu, dlatego tak ważne jest podjęcie odpowiednich działań ukierunkowanych na ten problem.

W związku z tym, że ryzyka żywieniowe oraz wysoki BMI są bardzo ważnymi czynnikami, wpływającymi na występowanie próchnicy, istotne jest prowadzenie działań z zakresu prawidłowego odżywiania.



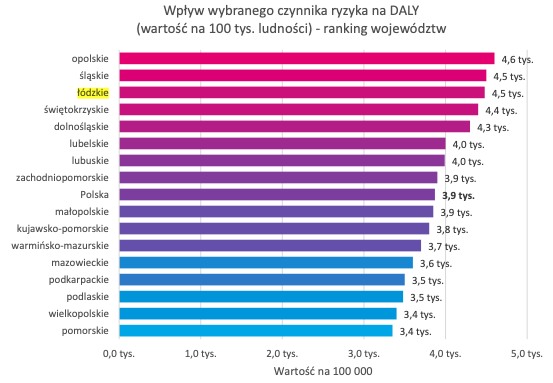
Rycina 2. Wpływ palenia tytoniu na DALY w województwach (K i M łącznie) w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME



Rycina 3. Wpływ spożywania alkoholu na DALY w województwach (K i M łącznie) w 2019 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME



Rycina 4. Wpływ ryzyka żywieniowego na DALY w województwach (K i M łącznie) w 2019 r.

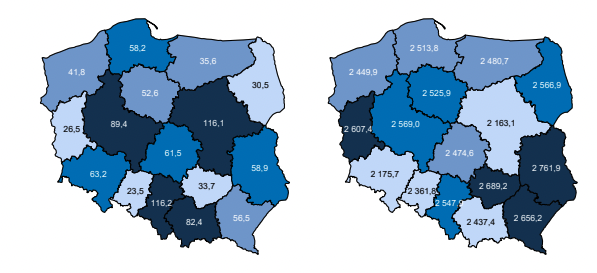
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Dostępne dane wskazują jednoznacznie, że wszystkie 3 w/w ryzyka w sposób wyraźny są obecne w województwie łódzkim i wpływają jednoznacznie na stan zdrowotności społeczeństwa, można zatem ekstrapolować powyższą sytuację na stan uzębienia i jamy ustnej mieszkańców województwa łódzkiego oraz samych mieszkańców Gminy Kleszczów.

Według map potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa łódzkiego, wykazano, iż wskaźniki zapadalności dla różnych schorzeń jamy ustnej i zębów mieszczą się w wartościach powyżej średniej dla całego kraju:

1. choroby tkanek twardych zębów

współczynnik dla województwa łódzkiego 2474,6 a dla Polski 2463,2



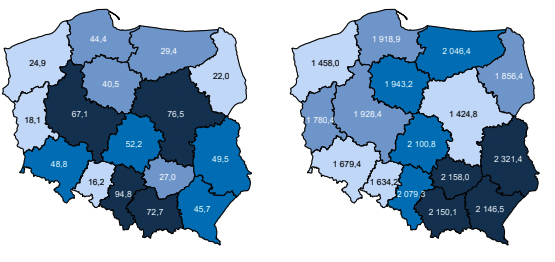
Rycina 5. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys.

ludności) - Choroby tkanek twardych zębów

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

1. choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych

współczynnik dla województwa łódzkiego 2100,8 dla PL 1899,2



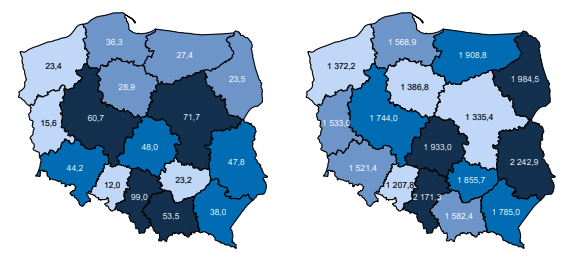
Rycina 6. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys.

ludności) - Choroby miazgi i tkanek okołoierzchołkowych

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

1. Choroby dziąseł i przyzębia

współczynnik dla województwa łódzkiego 1933,0 a dla PL 1700,1.

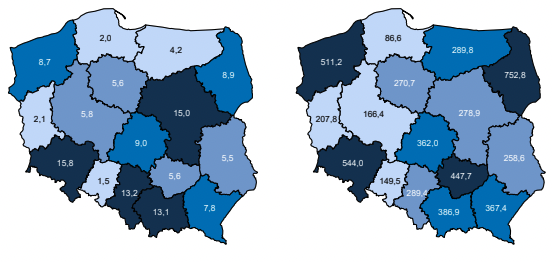


Rycina 7. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) - Choroby dziąseł i przyzębia

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

1. Nieprawidłowości położenia i/lub liczby zębów, zaburzenia struktur podtrzymujących

współczynnik dla województwa łódzkiego 362,0 a dla PL 322,2

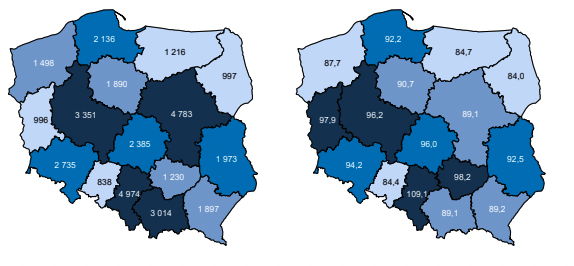


Rycina 8. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) - Nieprawidłowości położenia i/lub liczby zębów, zaburzenia struktur podtrzymujących

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

1. Choroby gruczołów ślinowych

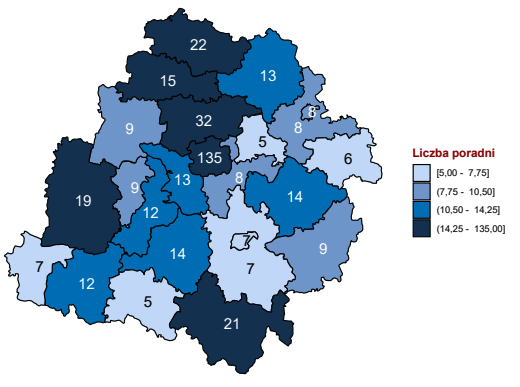
współczynnik dla województwa łódzkiego 96,0 a dla PL 93,4



Rycina 9. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) – choroby gruczołów ślinowych

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

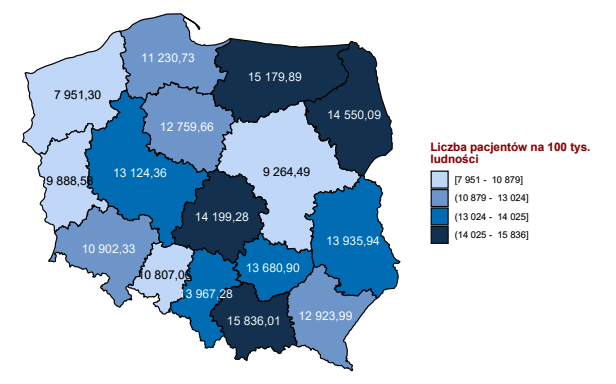
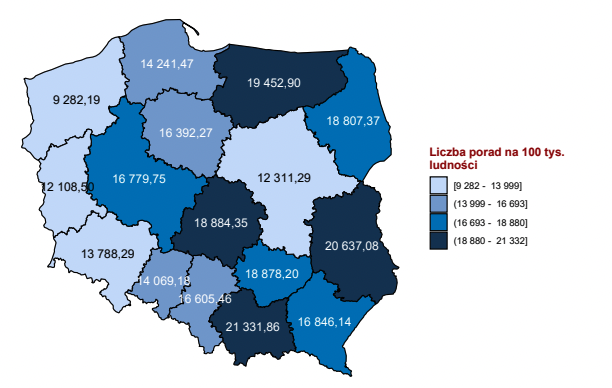
Na terenie powiatu bełchatowskiego jest wykazane 14 poradni, które wykonują świadczenia ogólnostomatologiczne.



Rycina 10. Liczba świadczeniodawców w ramach zakresu Świadczenia ogólnostomatologiczne

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa łódzkiego

W województwie łódzkim wyraźnie zaznacza się na tle reszty kraju duża ilość udzielonych świadczeń ogółem, a także świadczeń z zakresu leczenia endodotycznego oraz protetycznego.



Rycina 11. Badania lekarskie - liczba porad i liczba pacjentów w województwach

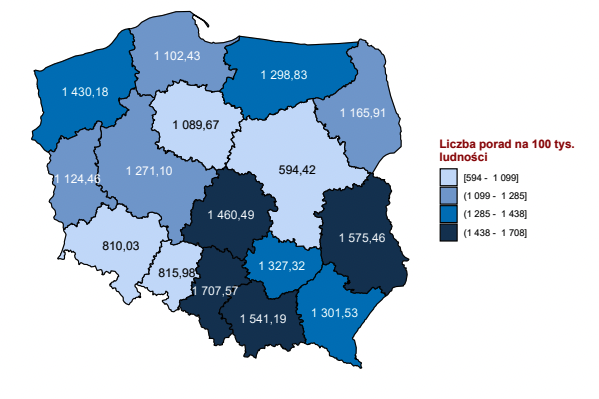
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa łódzkiego

Obraz zawierający mapa

Opis wygenerowany automatycznie

Rycina 12. Leczenie endodontyczne etapowe - liczba porad w województwach

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa łódzkiego



Obraz zawierający mapa

Opis wygenerowany automatycznie

Rycina 13. Badania lekarskie - liczba porad i liczba pacjentów w województwach

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa łódzkiego

Z analiz przeprowadzonych przy okazji wcześniejszej edycji podobnego programu na terenie Gminy Kleszczów wynika, że w zakresie opieki stomatologicznej występują podstawowe problemy typowe dla populacji ogólnopolskiej. Obserwuje się dużą grupę osób (głównie kobiety w wieku 20–40 lat) o niskim poziomie świadomości dotyczącej utrzymania zdrowia jamy ustnej oraz o znacznym poziomie zaniedbania uzębienia. W grupie dorosłych przeważa leczenie stomatologiczne. Profilaktyka dotyczy około 20–30% pacjentów. Na zalecenia dotyczące leczenia stomatologicznego, zaordynowanego podczas przeglądu jamy ustnej, reaguje jedynie 10–15% osób.

**Dodatkowo według portalu NFZ, zakładka, *gdzie się leczyć*, brak jest podmiotu z kontraktem na leczenie stomatologiczne na terenie gminy Kleszczów.**

https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/LeczenieStomatologiczne

Wobec tego prowadzenie akcji edukacyjnych i programów zdrowotnych w zakresie stomatologii w tej gminie jest całkowicie uzasadnione.

## c. Obecne postępowanie

Próchnica to choroba, której można zapobiegać. Niezbędna staje się wieloaspektowa profilaktyka, m.in. higiena jamy ustnej, racjonalne żywienie czy kontrola zmian w jamie ustnej. W Polsce programy profilaktyczne funkcjonują w niewielkim stopniu i głównie skierowane są do małoletniej populacji.

Obecne rekomendacje nie podają jednego, najlepszego zestawu działań jakie powinny być podejmowane w ramach programów profilaktyki próchnicy.

Wszystkie omawiane w rekomendacjach świadczenia indywidualnej profilaktyki stomatologicznej realizowane są obecnie w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. W efekcie, podczas planowania działań w ramach programu należy traktować ww. interwencje jako rozszerzenie bądź uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w miejscach, gdzie ww. świadczenia nie są realizowane.

Rekomendacje podkreślają, że szczególnej uwagi wymagają planowane działania edukacyjne. Powinny one w głównej mierze podejmować temat właściwych technik higieny jamy ustnej, skutków zdrowotnych nieleczonej próchnicy oraz konieczności regularnych kontroli stanu uzębienia (ACFF 2019, AAPD 2019a, AAPD 2019b, AAPD 2018a, AAPD 2018b, AAPD 2017a, AAPD 2017b, EPAD 2016, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, PTSD 2015, NICE 2015, ADA 2015, ADA 2014, NICE 2014, IOHSGI 2012).

Obecnie nie są realizowane żadne dodatkowe programy w omawianym zakresie. Mając na uwadze powyższe możliwe jest stwierdzenie, że Program Polityki Zdrowotnej może stanowić uzupełnienie dostępu dla mieszkańców Gminy Kleszczów do opieki stomatologicznej.

Biorąc pod uwagę liczne następstwa próchnicy oraz ich kosztochłonność, działania z zakresu edukacji, profilaktyki i leczenia z pewnością pozytywnie wpłyną na stan zdrowia i jakość życia mieszkańców Gminy Kleszczów w przyszłości.

### Świadczenia gwarantowane

Zgodnie z Obwieszczeniem MZ z dnia 26 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2021 poz. 2148) dla ubezpieczonych w ramach powszechnego systemu określono wykazy oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”.

Wykazy świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji dla populacji dorosłych określają w przypadku:

* świadczeń ogólnostomatologicznych ‒ załącznik nr 1 do rozporządzenia;
* świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym ‒ załącznik nr 3 do rozporządzenia;
* świadczeń stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS ‒ załącznik nr 4 do rozporządzenia;
* świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii ‒ załącznik nr 5 do rozporządzenia;
* świadczeń protetyki stomatologicznej ‒ załącznik nr 7 do rozporządzenia;
* świadczeń protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki ‒ załącznik nr 8 do rozporządzenia;
* świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej ‒ załącznik nr 9 do rozporządzenia;

Wykaz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 11 do rozporządzenia.

Warto zaznaczyć, iż załączniki dotyczą także świadczeń profilaktycznych, ale ograniczonych do populacji małoletnich ubezpieczonych:

* profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia ‒ załącznik nr 10 do rozporządzenia;
* profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia udzielanych w dentobusie – załącznik nr 10a do rozporządzenia;
* profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia udzielanych w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole – załącznik nr 10b do rozporządzenia.

Szczegółowy zakres świadczeń ogólnostomatologicznych wykazany jest w załączniku nr 1, wybrane z nich to np.:

* badanie lekarskie kontrolne – tylko trzy razy w roku (w tym: wywiad i przegląd stanu uzębienia);
* usuwanie złogów nazębnych – tylko raz w roku;

Wykaz materiałów wskazany jest w załączniku 11 i są to m.in.:

* kompozytowy materiał chemoutwardzalny do wypełniania ubytków w zębach przednich górnych i dolnych (od 3+ do +3, od 3- do -3);
* amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2
* kompozyt światłoutwardzalny dostępny jest jedynie dla dzieci i to tylko w odcinku przednim i w przypadku urazu.

W zakresie profilaktyki istotny problem stanowią ograniczenia w finansowaniu procedur ogólnostomatologicznych z budżetu NFZ. W ramach refundacji objęto konkretnymi czynnościami określone roczniki dzieci i młodzieży do 19. roku życia oraz kobiety w ciąży i połogu.

W związku z powyższym pozostałe grupy wiekowe w populacji nie są standardowo objęte profilaktyką.

# 2. Cele programu i mierniki efektywności

## a. Cel główny

Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej pełnoletnich osób uczestniczących w programie, rozumiana jako zatrzymanie wzrostu wskaźnika PUW w wyniku wdrożenia działań profilaktycznych, uzyskana wśród uczestników rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023–2025.

## b. Cele szczegółowe

* Podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w zakresie próchnicy u minimum 30% pełnoletnich osób rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023–2025.
* Zwiększenie o minimum 30% liczby pełnoletnich osób stosujących się do zasad prawidłowych technik higieny jamy ustnej rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023–2025.

## c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

* Liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie pełnoletnich osób rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023–2025.
* Liczba osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre- testu i post-testu) w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych nakierowanych na niwelowanie próchnicy w odniesieniu do wszystkich pełnoletnich osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023–2025.
* Liczba pełnoletnich osób szczotkujących zęby przynajmniej dwukrotnie w ciągu dnia i/lub stosujących płukanki w stosunku do wszystkich uczestników programu rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023–2025.

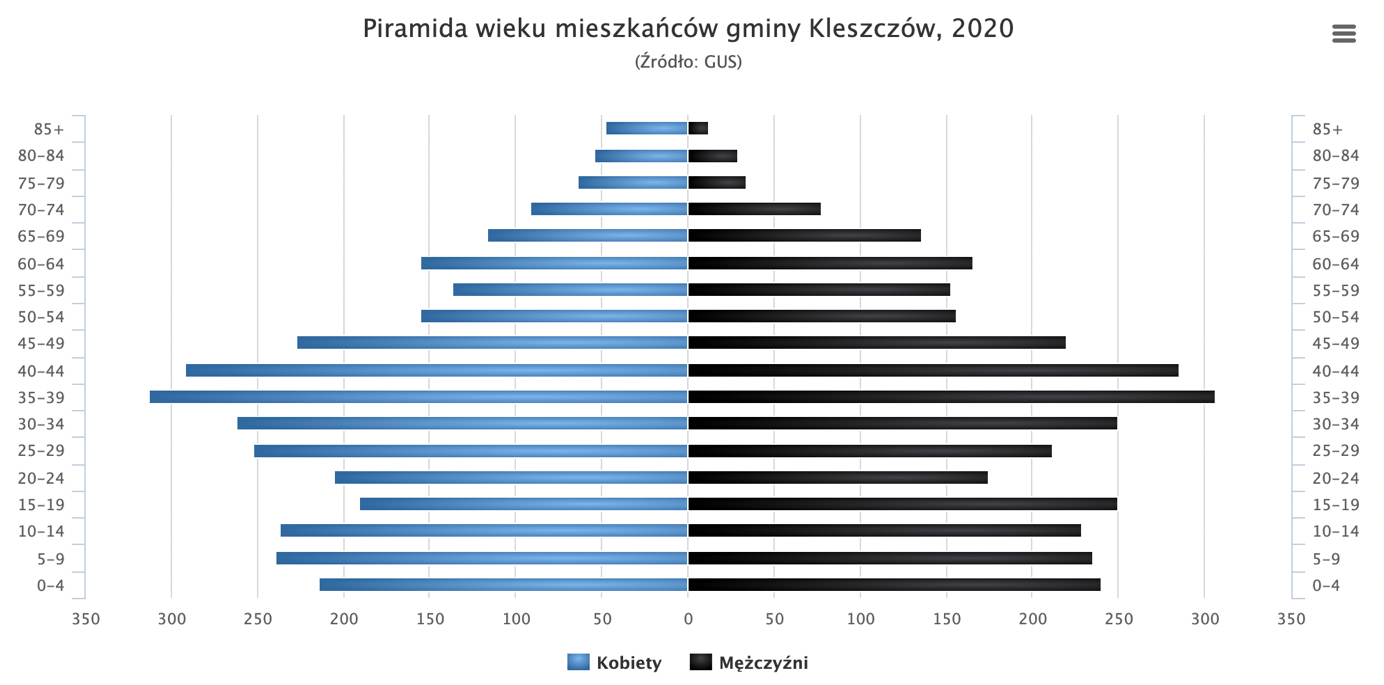
Wartości wskaźników określane będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

# 3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

## a. Populacja docelowa

Gmina Kleszczów ma 6 462 mieszkańców, z czego 50,7% stanowią kobiety 3278 osób, a 49,3% mężczyźni – 3184 osoby.

Program kierowany jest do wszystkich pełnoletnich mieszkańców gminy Kleszczów, spełniających kryteria kwalifikacyjne.



Rycina 14. Piramida wieku mieszkańców gminy Kleszczów, 2020 rok.

Źródło: https://www.polskawliczbach.pl/gmina\_Kleszczow

Adresatami programu będą w każdym roku realizacji programu osoby spełniające kryterium wieku, zameldowani na terenie Gminy Kleszczów.

Szczegółowe kryteria włączenia i wykluczenia z poszczególnych części działań zaplanowanych w programie wskazano poniżej.

**Działania informacyjne** kierowane są do całej dorosłej populacji zamieszkującej Gminę Kleszczów.

**Działania edukacyjne i diagnostyczne** będą adresowane do pełnoletnich osób spełniających kryteria włączenia do programu.

Program będzie realizowany w latach 2023-2025, zatem populacja docelowa obejmie w ostatnim roku trwania programu również obecnych 15 latków. Szczegółowe dane dotyczące liczebności grup wiekowych zawarto w tabeli 3.

Tabela 3. Liczebność grup wiekowych w populacja całościowej programu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grupa wiekowa** | **Populacja kobiet** | **Populacja mężczyzn** | **Populacja całościowa** |
| 85+ | 48 | 12 | 60 |
| 80-84 | 54 | 29 | 83 |
| 75-79 | 64 | 34 | 98 |
| 70-74 | 91 | 78 | 169 |
| 65-69 | 116 | 136 | 252 |
| 60-64 | 155 | 166 | 321 |
| 55-59 | 137 | 153 | 290 |
| 50-54 | 155 | 156 | 311 |
| 45-49 | 227 | 220 | 447 |
| 40-44 | 292 | 285 | 577 |
| 35-39 | 313 | 306 | 619 |
| 30-34 | 262 | 250 | 512 |
| 25-29 | 252 | 212 | 464 |
| 20-24 | 205 | 175 | 380 |
| 15-19 | 191 | 250 | 441 |
| **Razem** | **2562** | **2462** | **5024** |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL: – *stan na* XII 2020

https://www.polskawliczbach.pl/gmina\_Kleszczow

Biorąc pod uwagę założenia przedstawione w budżecie, zaplanowano objęcie programem 100% populacji, tj. 5 024 osób w części dotyczącej działań informacyjno-edukacyjnych oraz części diagnostycznej. Szczegółowe liczebności osób będą wynikały ze zgłaszalności i kwalifikacji do poszczególnych części programu.

## b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

**Kryteria ogólne włączenia** do programu dla populacji:

* Wiek – od 18 roku życia, potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;
* podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w programie (przykładowy druk zgody w załączniku); podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
* profilaktyka próchnicy zębów będzie prowadzona wśród osób zameldowanych na terenie Gminy Kleszczów (za okazaniem stosownego zaświadczenia lub poświadczenia zameldowania za pomocą aplikacji mObywatel).

**Kryteria wyłączenia** z programu:

* pozostawanie pod stałą, kompleksową opieką poradni stomatologicznej w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych;
* brak pisemnej zgody na udział w programie;
* brak udokumentowania miejsca zameldowania na terenie Gminy Kleszczów;
* brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;
* wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

**Dla poszczególnych działań w ramach programu zastosowanie będą miały następujące warunki:**

* **wizyta kwalifikacyjna** będzie możliwa dla wszystkich osób włączonych do programu.

Warunkiem koniecznym jest wyrażenie pisemnej zgody uczestnika na przeprowadzenie działań realizowanych w ramach programu.

* **działania informacyjno- edukacyjne** będą dostępne dla wszystkich osób włączonych do programu
* **świadczenia stomatologiczne** będą wykonywane u osób zakwalifikowanych do świadczeń podczas wizyty kwalifikacyjnej, spełniających kryteria włączenia do programu.

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował Realizator/Realizatorzy w ofercie. Programem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach od 2023 do końca 2025.

## c. Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych świadczeń stomatologicznych i profilaktycznych w ramach programu, w zakresie profilaktyki próchnicy zębów i chorób jamy ustnej.

### 1. Akcja informacyjna

Rozpropagowanie informacji na temat programu profilaktyki próchnicy zębów i chorób jamy ustnej (na przykład strona internetowa urzędu gminy, informacja w lokalnych mediach, informacja na terenie instytucji publicznych, szkół, sklepach oraz w gabinetach stomatologicznych realizujących program).

Priorytetem niniejszego programu jest dotarcie do możliwie jak największego odsetka potencjalnych uczestników spełniających kryteria włączenia do programu. Zapewni to wysoką frekwencję i pozwoli na osiągnięcie założonych celów. Narzędziem pozwalającym je spełnić będzie kampania informacyjno-edukacyjna, nakłaniająca do aktywnego uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej. Ze względów praktycznych ten element programu zostanie skierowany przede wszystkim do dorosłych mieszkańców z Gminy Kleszczów. Będą oni informowani o zaplanowanych działaniach, za pośrednictwem np. lokalnych mediów, stron internetowych JST oraz poszczególnych placówek publicznych, plakatów i ulotek informacyjnych. Dodatkowo szczegółowe informacje organizacyjne mogą zostać przekazane w trakcie wizyt w urzędach i innych spotkań, np. z sołtysami, zebrań organizacji społecznych. Dorośli mieszkańcy Gminy Kleszczów uzyskają kompleksowe dane organizacyjne i materiały dotyczące programu, a także planowanych działań. Osoby z grupy docelowej zostaną poinformowani o uwarunkowaniach organizacyjnych programu. Zostaną też wyjaśnione wszystkie problematyczne kwestie jego dotyczące.

### 2. Rekrutacja uczestników

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji Realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, zaświadczenie odnośnie wieku i zameldowania zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje wykluczeń z programu.

W przypadku działań edukacyjnych będzie weryfikowany wiek uczestnika i spełnienie kryteriów włączenia.

W przypadku kompleksowych interwencji stomatologicznych będą weryfikowane: kryterium włączenia do programu, ale także niezbędne będzie uzyskanie pisemnej zgody uczestników na wykonanie procedur medycznych.

### 3. Kwalifikacja do działań w ramach programu

Kwalifikację do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora, kwalifikację pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz lub pielęgniarka. Po zakwalifikowaniu uczestnika do programu, zostaną wykonane interwencje, zaplanowane w ramach programu.

### 4. Szkolenia/działania edukacyjne dotyczące zapobiegania schorzeniom zębów i jamy ustnej

W ramach PPZ realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje rada ds. programu.

Będą adresowane do całej dorosłej populacji zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów i dotyczyć będą dystrybucji materiałów z informacjami na temat próchnicy zębów.

Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb uczestników np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

W ramach szkoleń należy zapoznać pełnoletnich uczestników z zalecanymi przez rekomendacje rozwiązaniami ukierunkowanymi na zapobieganie próchnicy zębów.

Szkolenie może zostać przeprowadzone również w formie indywidualnej, podczas wizyty u stomatologa.

Szkolenia powinny realizować określoną tematykę związaną z próchnicą:

* korzyści płynące z kontrolnych wizyt stomatologicznych,
* produkty i środki higieny jamy ustnej jakie należy stosować w celu zahamowania rozwoju próchnicy,
* skutki zdrowotne nieleczonej próchnicy,
* korzyści płynące z regularnej profilaktyki stomatologicznej, bez względu na wiek pacjenta.

Szkolenia mogą mieć charakter około 60 minutowych prelekcji, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi (RACGP 2021), zalecenia w zakresie edukacji osób z grup ryzyka obejmują:

* ograniczenie spożywania przekąsek i słodkich napojów między posiłkami;
* szczotkowanie zębów dwa razy dziennie przy użyciu pasty z fluorem;
* stosowanie w domu past, żelów i płynów do płukania z wysoką zawartością fluoru u dorosłych z grup ryzyka;
* stosowanie nici dentystycznych;
* stosowanie ochraniaczy na zęby podczas uprawiania sportu;
* uświadamianie wpływu palenia papierosów, żucia tytoniu i nadmiernego spożywania alkoholu;
* regularne przeglądy dentystyczne.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności Realizator zapewnił realizację wykładów również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Środki przekazu są dobrane do warunków lokalnych oraz grupy docelowej, np.: ulotki, plakaty, ogłoszenia prasowe, komunikaty radiowe, strona internetowa, mobilna aplikacja. Drukowane formy przekazu powinny być rozmieszczane w miejscach widocznych i dostępnych dla odbiorców przekazu, np. w poradniach POZ i gabinetach stomatologicznych.

Personel szkoleniowy powinien przekazywać uczestnikom informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej.

Informacje na temat programu oraz działań edukacyjnych powinny być przekazywane za pośrednictwem mediów społecznościowych oraz innych dostępnych środków masowego przekazu. Opcjonalnym jest przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych nakierowanych na próchnicę w populacji dorosłych.

Personel edukacyjny powinien przekazywać pacjentowi informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim podczas udzielania świadczeń w zakresie POZ lub każdej innej wizyty lekarskiej.

W ramach planowania działań informacyjno-edukacyjnych należy także skonsultować się z radą ds. programu. Ma to na celu uzupełnienie planowanych interwencji o propozycje wynikające z doświadczenia i praktyki członków rady.

Rozpoczęcie kampanii edukacyjno-informacyjnej nakierowanej na podniesienie świadomości populacji ogólnej nt. próchnicy:

* korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak częste szczotkowanie czy stosowanie płukanek zawierających fluor,
* głównych czynników ryzyka występowania próchnicy w populacji,
* szkód wynikających z nieuczęszczania na regularne wizyty u stomatologa,
* skutków zdrowotnych uszkodzenia zębów przez zmiany próchnicze.

Szczególną uwagę należy zwrócić na przeprowadzenie w ramach edukacji, szkoleń, podczas których zostaną zaprezentowane poprawne techniki szczotkowania zębów i sposoby utrzymania dobrego stanu zdrowia jamy ustnej.

Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji.

W przypadku, kiedy dostępne są gotowe materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności je wykorzystać.

Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja.

Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.

Wykłady będą dostosowane do potrzeb i charakterystyki populacji docelowej, tak aby uzyskać widoczne efekty zdrowotne. Edukacja powinna następować co najmniej dwa razy w roku.

Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez Realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Edukacja mogą być realizowane na bazie szeroko zakrojonych przedsięwzięć (np. kampanii medialnych, pikników, pogadanek edukacyjnych, warsztatów, w tym wspólnego gotowania, poradnictwa/szkoleń, wydarzeń rekreacyjno-sportowych) lub przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi zdalnego przekazu dla kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Informacje na temat korzyści wynikających z prowadzenia zdrowego stylu życia mogą zostać rozpropagowane w lokalnych instytucjach (m.in. w: przychodniach, kościołach, domach kultury, ośrodkach pomocy społecznej, zakładach pracy).

Każdy świadczeniobiorca otrzymuje informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumenty należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy.

Zakłada się, że zajęcia będą się odbywały dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej spełniającej kryteria włączenia i nie będą ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależą od możliwości organizacyjnych beneficjenta.

Zgodnie ze wskazanymi w rozdziale 3a danymi dotyczącymi populacji zakłada się objęcie, w miarę zgłaszalności, całej populacji docelowej działaniami informacyjno-edukacyjnymi.

Podczas działań edukacyjnych beneficjenci mogą wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo mogą posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje działające na rzecz zdrowia jamy ustnej i temu podobne podmioty.

W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważnym jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców.

W ramach działań edukacyjnych fakultatywnie, w zależności od możliwości organizacyjnych beneficjentów uczestnicy programu mogą otrzymać drobne akcesoria (szczoteczka do zębów, nić dentystyczna itp.), służące do dbania o właściwą higienę jamy ustnej oraz utrwalą przeprowadzane interwencje medyczne.

### 5. Lekarska wizyta kwalifikacyjna

Podczas wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad i badanie stomatologiczne w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia próchnicy.

W ramach wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad w celu wstępnej oceny ryzyka wystąpienia próchnicy. W wywiadzie należy skupić się na obecności podstawowych czynników ryzyka ww. choroby:

* nadmiernie spożywanie żywności bogatej w cukry,
* obecność niedoborów wapnia i witaminy D,
* wiek rozpoczęcia szczotkowania zębów,
* częstotliwość szczotkowania zębów,
* częstotliwość wizyt kontrolnych,
* użytkowanie past i płukanek zawierających fluor.

Ocena stanu uzębienia uczestnika zostaje dokonana w oparciu o wskaźniki PUW dla zębów stałych.

W oparciu o wyniki wizyty kwalifikacyjnej należy dostosować dalsze postępowanie.

### 6. Świadczenia profilaktyki stomatologicznej

W ramach planowania programu należy zastosować interwencje profilaktyczne, które będą stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych. Przykładowymi interwencjami, które można uwzględnić w programie mogą być m.in.:

* fluoryzacja,
* lakierowanie zębów,
* zabiegi pielęgnacyjne – skaling i piaskowanie zębów,
* zmiana materiałów wykorzystywanych do wypełnień.

Poniżej uwzględniono interwencje nie wchodzące w skład świadczeń gwarantowanych. Interwencje te należy traktować jako integralną część prowadzonego programu.

Sugerowane świadczenia stomatologiczne wykonywane przez beneficjentów w ramach programu:

* badanie lekarskie stomatologiczne i ocena stanu zdrowia jamy ustnej wraz z oceną wskaźnika PUW;
* lakierowanie, fluorowanie wg potrzeb zębówstałych;
* leczenie zębów stałych kompozytami światłoutwardzalnymi;
* znieczulenie miejscowe nasiękowe stosowane w połączeniu z innymi świadczeniami stomatologicznymi;
* znieczulenie przewodowe wewnątrzustne stosowane w połączeniu z innymi świadczeniami stomatologicznymi.

Propozycje możliwych do wykonania interwencji do uwzględnienia przez beneficjenta w programie, są zawarte w Tabeli 4.

Tabela 4. Grupy interwencji zaplanowane do realizacji w programie

| **Lp.** | **Nazwa świadczenia gwarantowanego** | **Warunki realizacji świadczeń wg Dz. U. z 2021 r., poz. 2148** | **Częstość wykonania świadczenia**  **w ramach programu** | **Inne** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej | Świadczenie jest udzielane 1 raz w roku kalendarzowym. | według potrzeb | badanie każdorazowo prowadzone w ramach wizyt i badań kontrolnych |
| 2 | Badanie lekarskie kontrolne | Świadczenie jest udzielane 3 razy w roku kalendarzowym. | według potrzeb | świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej |
| 3 | Konsultacja specjalistyczna | Świadczenie obejmuje badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniami diagnostyczno- terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi. | według potrzeb | świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej |
| 4 | Badanie żywotności zęba | Świadczenie obejmuje badanie żywotności zęba z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych. | według potrzeb | świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej |
| 5 | Rentgenodiagnostyka | Świadczenie obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia. Świadczenie jest udzielane do 2 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej. | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 6 | Znieczulenie miejscowe powierzchniowe | Świadczenie jest udzielane jako samodzielne znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi. | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 7 | Znieczulenie miejscowe nasiękowe | Świadczenie jest udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi. | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 8 | Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne | Świadczenie jest udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi. | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 9 | Leczenie próchnicy powierzchniowej – za każdy ząb | Świadczenie obejmuje również leczenie próchnicy początkowej. | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 10 | Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi – bezpośrednie pokrycie miazgi |  | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 11 | Opatrunek leczniczy w zębie stałym |  | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 12 | Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni |  | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 13 | Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na  2 powierzchniach |  | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 14 | Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2  powierzchniach |  | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 15 | Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3  powierzchniach |  | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 16 | Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem  ubytku opatrunkiem |  | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 17 | Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem  ubytku opatrunkiem |  | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 18 | Ekstyrpacja przyżyciowa miazgi | Świadczenie – za każdy kanał. | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 19 | Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba | Świadczenie – za każdy kanał. | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 20 | Czasowe wypełnienie kanału | Świadczenie – za każdy kanał.  . |  | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 21 | Wypełnienie kanału | Świadczenie – za każdy kanał. | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 22 | Leczenie endodontyczne zęba z  wypełnieniem 1 kanału ze zgorzelą miazgi | Świadczenie nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba. | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 23 | Usunięcie złogów nazębnych z całego łuku zębowego | Świadczenie jest udzielane 1 raz w roku kalendarzowym w obrębie całego uzębienia. | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 24 | Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku | Świadczenie obejmuje każdą wizytę. | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 25 | Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej | Świadczenie obejmuje każdą wizytę. | według potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 26 | Kiretaż zwykły  (zamknięty) w obrębie  całego uzębienia | Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia i opatrunku. | według potrzeb | wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 27 | Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą |  | według potrzeb |  |
| 28 | Usunięcie zęba jednokorzeniowego | Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia. | według potrzeb | wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 29 | Usunięcie zęba wielokorzeniowego | Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia. | według potrzeb | wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 30 | Chirurgiczne usunięcie zęba | Świadczenie obejmuje usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe z zastosowaniem wierteł i dźwigni.  Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia. | według potrzeb | wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 31 | Chirurgiczne zaopatrzenie małej  rany obejmującej do 3 zębodołów włącznie ze szwem |  | według potrzeb | wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 32 | Założenie opatrunku chirurgicznego |  | według potrzeb | wraz ze znieczuleniem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 33 | Nacięcie powierzchniowo,  podśluzówkowo lub  podskórnie leżącego ropnia, włącznie z drenażem i  opatrunkiem | Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia. | według potrzeb | wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 34 | Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub szczęk | Świadczenie obejmuje tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy. | według potrzeb |  |
| 35 | Repozycja i unieruchomienie  zwichnięcia żuchwy |  | według potrzeb |  |
| 36 | Lakierowanie zębów | Świadczenie dotyczy wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż  1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego. | według potrzeb | świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 37 | Wypełnienie ubytku korony zęba stałego | Świadczenie obejmuje także opracowanie ubytku zęba. | według potrzeb | świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej wraz ze znieczuleniem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 38 | Całkowite opracowanie i odbudowa  zniszczonego kąta w  zębach siecznych | Świadczenie dotyczy zębów stałych i obejmuje złamany, zniszczony kąt sieczny zęba. | według potrzeb | świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej wraz ze znieczuleniem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 39 | Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa | Świadczenie dotyczy zębów stałych. | według potrzeb | świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 40 | Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 2 kanałów | Świadczenie nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba. | według potrzeb | świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej wraz ze znieczuleniem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 41 | Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 3 kanałów | Świadczenie nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba. | według potrzeb | świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej wraz ze znieczuleniem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 42 | Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 2  kanałów ze zgorzelą miazgi | Świadczenie nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba. | według potrzeb | świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej wraz ze znieczuleniem bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 43 | Usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów | Świadczenie jest udzielane nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia. | według potrzeb | świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |
| 44 | Rentgenodiagnostyka – zdjęcie  pantomograficzne z opisem | Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży od 5. do ukończenia 18. roku życia w uzasadnionych medycznie przypadkach przy podejrzeniu nieprawidłowości rozwojowych zębów,  zmian chorobowych w obrębie kości szczęk lub zapalenia przyzębia, diagnostyce ognisk infekcji zębo- i niezębopochodnych.  Świadczenie obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia wraz z przygotowaniem opisu badania oraz wpisaniem opisu zdjęcia w dokumentację medyczną pacjenta. Świadczenie jest udzielane 1 raz na 3 lata w połączeniu ze świadczeniami gwarantowanymi z zakresu stomatologii.  Skierowanie wystawia lekarz dentysta posiadający specjalizację lub lekarz dentysta w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Lekarz kierujący na badanie ma obowiązek uzasadnić w treści skierowania konieczność wykonania badania. Wyposażenie niezbędne do realizacji świadczenia: aparat RTG do zdjęć zębowych lub radiowizjografia w lokalizacji lub w dostępie | wg potrzeb | bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów |

Źródło: opracowanie własne, na podstawie (Dz. U. z 2021 r., poz. 2148).

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

W przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości w stanie zdrowia jamy ustnej uczestnicy programu będą informowani o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły się zająć szczegółową diagnostyką i leczeniem.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez Realizatora lub Realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285).

Interwencje przeprowadzone zostaną na terenie Gminy Kleszczów w miejscu wskazanym przez Realizatora.

Realizator winien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

## d. Sposób udzielania świadczeń

Ze względu na charakter programu interwencja będzie miała charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób ciągły w trakcie jego trwania w latach 2023–2025. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków i kanałów przekazu.

Program ma charakter ciągły i będzie przebiegał w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez Realizatora w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

Planowaną interwencję można traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa.

Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

1. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących;
2. Świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
3. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;
4. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora/Realizatorów zgodnie   
   z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

## e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w PPZ może nastąpić w wymienionych przypadkach:

* zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji,
* zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
* zakończenie realizacji PPZ.

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu całkowitego opracowania ubytków w zębach lub zakończenia programu. Możliwa jest także rezygnacja uczestnika.

Dopuszcza się dobrowolne odstąpienie od udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie uczestnika. Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie wystąpienia takich zdarzeń na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

# 4. Organizacja programu

## a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu zaplanowano do realizacji następujące działania:

1. Stworzenie rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością rady ds. programu nie powinny przekraczać więcej niż 5% całego budżetu.

2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przesłanie do AOTMiT projektu PPZ do oceny merytorycznej, o której mowa w art. 48a ust. 4. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).

5. Przeprowadzenie interwencji: wizyty kwalifikacyjnej; działań edukacyjno-informacyjnych; szkoleń dla rodziców/opiekunów prawnych oraz pozostałych interwencji zaplanowanych w programie.

6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).

7. Zakończenie realizacji PPZ.

8. Rozliczenie finansowe PPZ.

9. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

## **Ad 4. Wybór realizatora**

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

## **Ad 5. Akcja informacyjna**

Skierowana do mieszkańców Gminy Kleszczów. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucie wsparcia społecznego. Mieszkańcy Gminy Kleszczów, w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani m.in. o niebezpieczeństwach związanych z próchnicą zębów, zagrożeniami wynikającymi z faktu braku badań profilaktycznych oraz o ramach organizacyjnych akcji.

## Ad 7 Monitoring działań

Ostatnim elementem w ramach programu będzie monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Każdy uczestnik po zakończeniu uczestnictwa w programie będzie proszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży do opracowania przez Realizatora raportu rocznego/sprawozdania dla Instytucji finansującej program.

## Ad 9 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu działań w programie, będzie trwać do 3 miesięcy i jej efektem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

Działania w ramach ewaluacji polegać będą na analizie: efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów, zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora; ocenie jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników oraz ocenie efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności.

## b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Kleszczów przez Realizatora/Realizatorów wyłonionych w konkursie ofert.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe.

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich). Realizator zapewni także pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

Realizator będzie też dysponował sprzętem i urządzeniami niezbędnymi do wykonywania zaplanowanych interwencji, także do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych. Podmiot/podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki próchnicy zębów należy spełnić określone wymagania.

Wymagania dotyczące personelu medycznego dotyczą:

1. **Wizyty kwalifikacyjnej:**

* lekarz dentysta i
* pielęgniarka lub,
* higienistka stomatologiczna.

1. **Działań informacyjnych/szkoleń edukacyjnych:**

* lekarz dentysta lub,
* pielęgniarka lub,
* higienistka stomatologiczna lub,
* asystent medyczny lub,
* edukator zdrowotny.

1. **Świadczenia profilaktyki stomatologicznej:**

* zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

# 5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

**Kontynuacja/trwałość programu**

Program jest kontynuacją wcześniejszych działań realizowanych w ramach podobnego programu polityki zdrowotnej, jest zaplanowany na lata 2023–2025, z możliwością kolejnej kontynuacji w zależności od decyzji Instytucji finansującej.

## a. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych, informacji składanych na życzenie Instytucji finansującej programem, sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Wykorzystane zostaną co najmniej następujące wskaźniki:

* liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w wywiadzie kwalifikacyjnym,
* liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym,
* liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie,
* liczba osób, które zdecydowali się wziąć udział w zaplanowanych działaniach edukacyjnych,
* liczba osób poddanych poszczególnym zabiegom profilaktyki stomatologicznej.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

* data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
* numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
* informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
* data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału   
w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu, uwzględnione zostanie także monitorowanie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Wnioski posłużą w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie stomatologii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez Realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom programu, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić np. w specjalnie przygotowanej do tego celu urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane   
i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.

Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

## b. Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację.

To proces doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczna ocena wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom oraz uczestnikom programu.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągania większej spójności gospodarczej, społecznej   
i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja finansująca program, na podstawie informacji, raportów i sprawozdań przygotowanych przez Realizatora/Realizatorów.

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ. W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych

w podrozdziale *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod katem stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

* odsetku osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych, w stosunku do wszystkich uczestników programu,
* odsetku osób, u których doszło do pogłębienia próchnicy pomimo przeprowadzonych działań profilaktycznych, w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych, w stosunku do wszystkich uczestników programu,
* liczbie osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post- testu) na temat próchnicy,
* odsetku osób, u których doszło do poprawy stanu higieny jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźnika OHI-S, w stosunku do wszystkich uczestników programu.

Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić:

* porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia;
* porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zakończenia interwencji u uczestników i zależna jest od utrzymania trwałość efektów zdrowotnych.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

W celu opracowania jak najdokładniej powyższych danych można rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

# 6. Koszty

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2023–2025 została przeznaczona kwota około 2 500 000 zł rocznie, co daje kwotę 7 500 000 zł na cały 3 letni okres trwania programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach przedmiotowego programu. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego mogą skorzystać, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badania lekarskiego, działań edukacyjnych itd.

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie.

Koszty bezpośrednie to koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie zaś są niezbędne do realizacji programu, ale nie dotyczą bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie, m.in. są to wydatki na zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną, związane z monitoringiem i ewaluacją programu. Koszty pośrednie rozliczne są w formie ryczałtu, ustalonego na poziomie maksymalnie do 15% kosztów bezpośrednich.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu/projektów, które otrzymają środki na ich realizację w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych kosztów dostępne środki finansowe będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada trzyletni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Instytucja finansująca zmieni wysokość środków na realizacje programu lub też nastąpią zmiany w kosztach procedur stosowanych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

## a. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy, obejmuje m.in. koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badań stomatologicznych, wykonanych procedur, a także diagnostyki obrazowej.

Tabela 5. Rodzaje i wysokość kosztów rocznych działań w ramach programu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Działanie** | **Suma koszt całkowity** |
| **Koszty pośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)** | | |
| 1. | Ewaluacja i monitorowanie | 10.000 zł |
| 2. | Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia | 10.000 zł |
| 3. | Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ | 10.000 zł |
| 4. | Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.) | 15.000 zł |
| **suma kosztów pośrednich** | | **45.000 zł** |
| **Koszty bezpośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)** | | |
| 1. | Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych | 25.000 zł |
| 2. | Koszt przeprowadzenia każdej interwencji zaplanowanej w ramach programu wraz z zakupem gadżetów promocyjnych dla uczestników programu | 2.400.000 zł |
| 3. | Koszt realizacji edukacji dla uczestników programu | 15.000 zł |
| 4. | Koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego | 15.000 zł |
| **suma kosztów bezpośrednich** | | **2.455.000 zł** |
| **SUMA CAŁKOWITA ROCZNA** | | **2.500.000 zł** |

Źródło: opracowanie własne

Znając poziom finansowania i liczebność populacji docelowej szacuje się, że programem w ciągu 3 lat, można będzie objąć działaniami profilaktycznymi w zakresie profilaktyki próchnicy około 100% całkowitej zakładanej populacji docelowej.

Zakładając budżet roczny programu na poziomie 2 500 000 zł, przy uwzględnieniu kosztów interwencji a także doliczeniu wszystkich kosztów organizacyjnych koszt jednostkowy programu w przeliczeniu na 1 uczestnika wyniesie około 1 492,80 zł na osobę.

## b. Planowane koszty całkowite

Planowane koszty realizacji programu całościowe oraz w poszczególnych latach wykazane są w tabeli 6.

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucję finansującą program na lata 2023–2025. Realizator/Realizatorzy na etapie opracowania wniosku   
o dofinansowanie przygotują szczegółowy budżet programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 7.500.000 zł** w latach 2023-2025.

Tabela 6. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Działanie** | **2023 rok** | **2024 rok** | **2025 rok** | **Suma koszt całkowity** |
| **Koszty pośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)** | | | | | |
| 1. | Ewaluacja i monitorowanie | 10.000 zł | 10.000 zł | 10.000 zł | 30.000 zł |
| 2. | Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia | 10.000 zł | 10.000 zł | 10.000 zł | 30.000 zł |
| 3. | Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ | 10.000 zł | 10.000 zł | 10.000 zł | 30.000 zł |
| 4. | Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.) | 15.000 zł | 15.000 zł | 15.000 zł | 45.000 zł |
| **suma kosztów pośrednich rocznie** | | **45.000 zł** | **45.000 zł** | **45.000 zł** | **135.000 zł** |
| **Koszty bezpośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)** | | | | | |
| 1. | Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych | 25.000 zł | 25.000 zł | 25.000 zł | 75.000 zł |
| 2. | Koszt przeprowadzenia każdej interwencji zaplanowanej w ramach programu wraz z zakupem gadżetów promocyjnych dla uczestników programu | 2.400.000 zł | 2.400.000 zł | 2.400.000 zł | 7.200.000 zł |
| 3. | Koszt realizacji edukacji dla uczestników programu | 15.000 zł | 15.000 zł | 15.000 zł | 45.000 zł |
| 4. | Koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego | 15.000 zł | 15.000 zł | 15.000 zł | 45.000 zł |
| **suma kosztów bezpośrednich rocznie** | | **2.455.000 zł** | **2.455.000 zł** | **2.455.000 zł** | **7.365.000 zł** |
| **SUMA CAŁKOWITA** | | **2.500.000 zł** | **2.500.000 zł** | **2.500.000 zł** | **7.500.000 zł** |

Źródło: Opracowanie własne.

## c. Źródła finansowania, partnerstwo

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Kleszczów zostanie sfinansowany w całości ze środków budżetu Gminy Kleszczów w ramach funduszu przeznaczonego na programy polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149). Instytucja finansująca zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

# 7. Bibliografia

1. Opinia Rady Przejrzystości nr 94/2020 z dnia 27 kwietnia 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących próchnicy zębów u dzieci i młodzieży z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”.
2. Raport nr OT.423.8.2019 „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”, data ukończenia raportu: kwiecień 2020.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. (2019). Periodicity of Examination. Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. Pozyskano z: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\_guidelines/bp\_cariesriskassessment.pdf
4. American Academy of Pediatric Dentistry. (2019). Pediatric Restorative Dentistry. Pozyskano z: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\_guidelines/bp\_restorativedent.pdf,
5. Kaczmarek, U., Jackowska, T., Mielnik-Błaszczak, M., Jurczak, A., & Olczak-Kowalczyk, D. (2019). Indywidualna profilaktyka fluorkowa u dzieci i młodzieży–rekomendacje polskich ekspertów.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. (2018). Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling and Oral Treatment for Infants, Children and Adolescents. Reference Manual, 209-219.
7. American Academy of Pediatric Dentistry. (2018). Fluoride therapy. Reference Manual, 40(06), 250-253.
8. American Academy of Pediatric Dentistry. (2017). Adolescent Oral Health Care. 233-240.
9. Crystal, Y. O., Marghalani, A. A., Ureles, S. D., Wright, J. T., Sulyanto, R., Divaris, K., ... & Graham, L. (2017). Use of silver diamine fluoride for dental caries management in children and adolescents, including those with special health care needs. Pediatric dentistry, 39(5), 135E145E.
10. O Mullane, D. M., Baez, R. J., Jones, S., Lennon, M. A., Petersen, P. E., Rugg-Gunn, A. J., ... & Whitford, G. M. (2016). Fluoride and oral health. Community dental health, 33(2), 69-99.
11. Wright, J. T., Crall, J. J., Fontana, M., Gillette, E. J., Nový, B. B., Dhar, V., ... & Crespin, M. (2016). Evidence-based clinical practice guideline for the use of pit-and-fissure sealants: a report of the American Dental Association and the American Academy of Pediatric Dentistry.
12. The Journal of the American Dental Association, 147(8), 672-682.
13. Richards, D. (2016). Best clinical practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document. Evidence-based dentistry, 17(2), 35-37.
14. Pitts, N. B., & Zero, D. (2016). White paper on dental caries prevention and management. FDI World Dental Federation.
15. Hayes, P. (2017). Preventive activities. The RACGP’s Guidelines for preventive activities in general practice has been updated and is in its 9th edition, 6.
16. CPS. (2016). An update to the Greig Health Record: Preventive health care visits for children and adolescents aged 6 to 17 years: The Greig Health Record – Technical Report. Pozyskano z: https://www.cps.ca/en/documents/position/greig-health-record-technical-report,
17. American Dental Association (2015). Topical fluoride for caries prevention: Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. 144(11): 1279– 1291.
18. American Dental Association Council on Scientific Affairs. (2014). Fluoride toothpaste use for young children. Journal of the American Dental Association (1939), 145(2), 190.
19. PTSD (2015). Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej u dzieci i młodzieży. Pozyskano z: http://ptsd.net.pl/wpcontent/uploads/2016/01/PTSD\_Wytyczne\_na\_temat\_indywidualnej\_profilaktyki\_fluorkowej.pdf,
20. American Dental Association (2014). Fluoride toothpaste use for young children. American Dental Association Council on Scientific Affairs. The Journal of the American Dental Association, 145 (2), 190-191.
21. NICE. (2014). Oral Health: local authorities and partners. Public health guideline. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/ph55
22. Network, S. I. G. (2014). Dental Interventions to prevent caries in children, a national clinical guideline.
23. Moyer, V. A. (2014). Prevention of dental caries in children from birth through age 5 years: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Pediatrics, 133(6), 1102-1111.
24. Robert J. Weyant, DMD, DrPH; Sharon L. Tracy, PhD; Theresa (Tracy) Anselmo… Daniel M. Meyer, DDS; (2013). Topical fluoride for caries prevention. Full report of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. A report of the Council of Scientific Affairs.
25. HPDG. (2013). Health Partners Dental Group and Clinics caries guideline. Pozyskano z: https://www.guidelinecentral.com/summaries/healthpartners-dental-group-and-clinics-cariesguideline/#section-society.
26. Irish Oral Health Services Guideline Initiative. (2012). Oral health assessment: Best practice guidance for providing an oral health assessment programme for school-aged children in Ireland. Retrieved April, 25, 2012.
27. ADA/ US DHHS. (2012). Dental radiographic examinations: recommendations for patient selection and limiting radiation exposure. Chicago: ADA.
28. MZ. (2018). Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób jamy ustnej i stomatologii. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/04/mapa\_potrzeb\_zdrowotnych\_stomatologia\_lodzkie.pdf
29. Ministerstwo Zdrowia (2016). Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/monitorowanie-stanuzdrowia-jamy-ustnej-populacji-polskiej-w-latach-2016-2020
30. World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi\_56a8f5a554a18.pdf,
31. Kawalec W., Kubicka K., Pediatra (2008). 1 t., Wyd. III, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Metody oceny rozwoju fizycznego, s. 16-17.
32. Olczak-Kowalczyk D., Wagnera L. (2012). Wprowadzenie do stomatologii dziecięcej, Warszawa, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Nabyte choroby tkanek zmineralizowanych zębów u dzieci, s. 66-149.
33. Turska-Szybka, A., Grudziąż-Sękowska, J., & Olczak-Kowalczyk, D. (2011). Early childhood caries risk factors and individual assessment of risk level according to CAMBRA. Nowa Stomatologia.
34. Harris, R., Nicoll, A. D., Adair, P. M., & Pine, C. M. (2004). Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. Community dental health, 21(1), 71-85.
35. Szczeklik, A. (2017). Interna Szczeklika 2017. Medycyna Praktyczna.

# 8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

## a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

***wzór***

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| *Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Empatia w trakcie rozmowy* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Sprawność obsługi* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Kompetentna informacja* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

**Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| *Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Punktualność* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

**Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie wizyty?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| *Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Sprawność obsługi* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| *Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

**Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

**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 uczestnikom programu.*

*Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

## b**. Zgoda na udział w programie**

***WZÓR***

**ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

………………………………………………………………….

(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a)..........................................................................................................oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie 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 zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

………………………………………………………….. ..........................…………………………………

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Data i czytelny podpis

Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

………………………………………………………………

Data i czytelny podpis i pieczątka

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx z siedzibą przy xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - moich danych osobowychzawartych w formularzuw celu realizacji programu polityki zdrowotnej ………………………………………………………………………………………………………..***( nazwa programu )*

**Przyjmuję do wiadomości, iż:**

1. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: [xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](mailto:iod@um.poznan.pl) lub pisemnie na adres: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
2. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
5. dostępu do swoich danych osobowych,
6. żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
7. żądania usunięcia danych, gdy:

* dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
* po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
* dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,

1. żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:

* osoby te kwestionują prawidłowość danych,
* przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
* Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

1. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
2. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej ………………………………………………………………………………………… *(nazwa programu )*
3. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
4. Odbiorcami danych są podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu.

*………………………………………………………….*

*Data i czytelny podpis*

*Uczestnika/Uczestniczki programu*

## c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania informacyjno-edukacyjne - wzór

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Program polityki zdrowotnej …….

w zakresie………….

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bardzo przydatna* | *Przydatna* | *Średnio przydatna* | *Raczej nieprzydatna* | *Całkowicie nieprzydatna* | *Nie mam zdania* |
| 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

Czy prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

Inne uwagi.

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.*

*Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług*

*i najwyższego komfortu uczestnikom programu.*

*Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

## d. Sprawozdanie częściowe

**Sprawozdanie częściowe z realizacji programu**

do umowy z dnia ……………… r. z realizacji Programu Polityki Zdrowotnej

w okresie od dnia ......................... r. do dnia ………………… r.

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

*(nazwa placówki realizującej Program)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj wykonanych świadczeń**  **(nazwa świadczenia**) | **Liczba poszczególnych świadczeń** | **Liczba osób którym udzielono świadczenia** | **Wielkość wydatkowanych środków w zł** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |
| **Zajęcia edukacyjne** | **Liczba zajęć edukacyjnych** | **Liczba uczestników** | **Wielkość wydatkowanych środków w zł** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

…..........…………………………………… …..........…………………………………………

*Data i podpis osoby sporządzającej Data i podpis osoby /osób/ upoważnionej/ sprawozdanie upoważnionych do reprezentacji*

## e. Sprawozdanie końcowe

**Sprawozdanie końcowe z realizacji programu**

do umowy z dnia ……………… r. z realizacji programu polityki zdrowotnej

w okresie od dnia ......................... r. do dnia ………………… r.

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

*(nazwa placówki realizującej Program)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj wykonanych świadczeń** | **Liczba poszczególnych świadczeń** | **Liczba osób, którym udzielono świadczenia** | **Wielkość wydatkowanych środków**  **w zł** |
| Badanie |  |  |  |
| Profilaktyka stomatologiczna |  |  |  |
| Leczenie choroby próchnicowej zębów |  |  |  |
| **Liczba osób przyjętych**  **w ramach programu** |  | | |
| **Opisowa ocena realizacji programu** | | | |
|  | | | |

…......…………………………………… …......……………………………………………

*Data i podpis osoby sporządzającej Data i podpis osoby /osób/ upoważnionej/ sprawozdanie upoważnionych do reprezentacji*