Obraz zawierający symbol, clipart

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.

**Program polityki zdrowotnej**

**Gminy Kleszczów**

**na lata 2023–2025**

**w zakresie**

**profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży**

Opracowanie dokumentu na zlecenie Urzędu Gminy Kleszczów

dr n. o zdr. Jacek Borowicz

Obraz zawierający Grafika, Czcionka, projekt graficzny, logo

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.

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](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597871)
* [Spis tabel: 6](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597872)
* [Spis rycin: 6](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597873)
* [Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji 7](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597874)
* [Modelowe rozwiązanie 7](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597875)
* [Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji 7](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597876)
* [1. Opis problemu zdrowotnego 8](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597877)
* [a. Choroba lub problem zdrowotny 8](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597878)
* [b. Epidemiologia 11](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597879)
* [Epidemiologia województwo łódzkie 13](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597880)
* [c. Obecne postępowanie 17](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597881)

[· Świadczenia gwarantowane 18](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597882)

* [2. Cele programu i mierniki efektywności 20](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597883)
* [a. Cel główny 20](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597884)
* [b. Cele szczegółowe 20](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597885)
* [c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu 20](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597886)
* [3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji 22](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597887)
* [a. Populacja docelowa 22](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597888)
* [b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu 24](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597889)
* [c. Planowane interwencje 26](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597890)

[· 1. Akcja informacyjna 26](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597891)

[· 2. Rekrutacja uczestników 27](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597892)

[· 3. Kwalifikacja do działań w ramach programu 27](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597893)

[· 4. Szkolenia dla rodziców/opiekunów oraz nauczycieli dzieci 27](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597894)

[· 5. Działania edukacyjne dla dzieci 30](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597895)

[· 6. Lekarska wizyta kwalifikacyjna 32](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597896)

[· 7. Świadczenia profilaktyki stomatologicznej 33](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597897)

* [d. Sposób udzielania świadczeń 52](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597898)
* [e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej 53](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597899)
* [4. Organizacja programu 55](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597900)
* [a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów 55](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597901)
* [Ad 4. Wybór realizatora 56](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597902)
* [Ad 5. Akcja informacyjna 56](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597903)
* [Ad 7 Monitoring działań 56](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597904)
* [Ad 9 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu 56](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597905)
* [b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 56](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597906)
* [5. Monitorowanie i ewaluacja 59](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597907)
* [a. Monitorowanie 59](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597908)
* [b. Ewaluacja 61](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597909)
* [6. Koszty 63](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597910)
* [a. Koszty jednostkowe 64](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597911)
* [b. Planowane koszty całkowite 65](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597912)
* [c. Źródła finansowania, partnerstwo 66](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597913)
* [7. Bibliografia 67](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597914)
* [8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora 71](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597915)
* [a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu 71](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597916)
* [b. Zgoda na udział w programie 73](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597917)
* [c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne 75](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597918)
* [d. Sprawozdanie częściowe 77](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597919)
* [e. Sprawozdanie końcowe 78](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597920)

**Spis tabel:**

[Tabela 1. Liczebność populacja całościowej programu – stan na grudzień 2020 rok. 24](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597921)

[Tabela 2. Grupy interwencji zaplanowane do realizacji w programie 34](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597922)

[Tabela 3. Rodzaje i wysokość kosztów rocznych działań w ramach programu 64](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597923)

[Tabela 4. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu 65](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597924)

**Spis rycin:**

[Rycina 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy w 53 krajach, w tym w 24 krajach EU 12](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597925)

[Rycina 2. Liczba świadczeniodawców w ramach zakresu Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia w analizowanym województwie 14](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597926)

[Rycina 3. Liczba pacjentów (kobiet i mężczyzn) w grupach wiekowych, którym wykonano procedurę z grupy Wizyty adaptacyjne dzieci, w województwie łódzkim w podziale na powiaty 15](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597927)

[Rycina 4. Leczenie próchnicy w zębach mlecznych - liczba pacjentów w województwach 16](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597928)

[Rycina 5. Leczenie endodontyczne zębów mlecznych - liczba porad w województwach 16](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597929)

[Rycina 6. Piramida wieku mieszkańców gminy Kleszczów, 2020 rok. 22](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597930)

[Rycina 7. Biologiczne grupy wieku w gminie Kleszczów 22](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597931)

[Rycina 8. Grupy wiekowe osób potencjalnej nauki w gminie Kleszczów 23](file:///\\fileserver.kleszczow.ug\Profile$\JankowskaA\Documents\programy%20Borowicz\programy%202023-2025\PPZ_Kleszczów_stoma_dzieci_final_JB.docx#_Toc116597932)

**Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. 2021 poz. 1285) po uzyskaniu Opinii 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 ich realizacji dla problemu zdrowotnego: próchnica zębów u dzieci i młodzieży, data ukończenia raportu: kwiecień 2020.

**Modelowe rozwiązanie**

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285) oraz zostało przygotowane 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).

**Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**

Rekomendacja nr 1/2020 z dnia 3 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań́ przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży

**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. Szczególne zagrożenie pojawia się w wieku 5–6 lat, gdy wypadają zęby mleczne i pojawiają się pierwsze stałe oraz w wieku 12–14 lat, gdy kończy się wymiana uzębienia. Wczesne zmiany chorobowe zębów można zaobserwować już nawet u dzieci w wieku 1–1,5 roku. 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.

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 u dzieci/młodzieży 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).

Próchnica występująca u dzieci i nieleczona 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), co w przypadku uczniów może doprowadzić do absencji w szkole. Zły stan zdrowotny jamy ustnej w konsekwencji wpływa na obniżenie ogólnej jakości życia.

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).

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).

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).

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).

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 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. Według zaleceń WHO najbardziej korzystny dla wdrażania promocji zdrowia jamy ustnej jest okres wczesnoszkolny, kiedy realizacja programów edukacji stomatologicznej przynosi najlepsze efekty, a jednocześnie zapewnia najszerszy krąg odbiorców. Autorzy programu Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej w populacji polskiej w latach 2010–2012 – zrealizowanego pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia – oznajmili, że w Polsce za stan zdrowotny jamy ustnej dziecka są odpowiedzialni rodzice, dlatego też tak istotna jest ich edukacja.

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. W diecie dziecka należy zmniejszyć ilość produktów zawierających cukier. 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. lakowanie i lakierowanie szczelin na powierzchniach wyrzynających się zębów stałych.

**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.

Obraz zawierający tekst, zrzut ekranu, linia, Wykres

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.

Rycina 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy w 53 krajach, w tym w 24 krajach EU

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

Dostępne dane epidemiologiczne wskazują, że próchnica w populacji dzieci i młodzieży stanowi istotny problem zdrowotny. Dane epidemiologiczne odnoszą się do wszystkich chorób jamy ustnej i ukazują rozmiar problemu pod względem obciążenia dla systemu opieki zdrowotnej. W roku 2018 określono liczbę dzieci, które były hospitalizowane z powodu schorzeń jamy ustnej. Najwyższy wskaźnik odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim (ok.160/100 tys.), a najniższy w województwie śląskim (ok. 50/100 tys.) (MPZ 2018).

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 dzieci i młodzieży 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. W roku 2015 próchnica była obecna u ponad 53% dzieci w wieku 3 lat, ok. 76% dzieci w wieku 12 lat oraz u ponad 94% młodzieży w wieku 15 lat. Dodatkowo wartości wskaźnika DMFT w ww. grupach wiekowych, wahają się między 2,4 a 5,87 (MZ 2016).

Ponadto odnaleziono dane dotyczące występowania próchnicy u młodzieży w wieku 15 i 18 lat. U ponad 94% osób w wieku 15 lat stwierdzono obecność próchnicy, podobnie wyglądało to u osób w wieku 18 lat (93%). Natomiast wskaźnik intensywności próchnicy w powyższych grupach wiekowych oscylował pomiędzy 5,77, a 7,00 (MZ 2016).

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia, w 2016 roku, próchnica była obecna u ponad 53% dzieci w wieku 3 lat, ok. 76% dzieci w wieku 12 lat oraz u ponad 94% młodzieży w wieku 15 lat. Dodatkowo wartości wskaźnika DMFT ww. grupach wiekowych, wahają się między 2,4 a 5,87 zębów utraconych, zniszczonych lub wypełnionych na skutek zmian próchniczych. Wraz ze wzrostem odsetka osób, u których występuje próchnica, wzrasta również liczba leczonych zębów podczas wizyt stomatologicznych. Najwyższy współczynnik leczenia próchnicy w zębach mlecznych, w roku 2018, w przeliczeniu na 100 tys. porad stomatologicznych odnotowano w województwie podlaskim (1382,07/100 tys.). Najniższą wartość tego wskaźnika odnotowano natomiast w województwie mazowieckim (762,93/100 tys.) (MPZ 2018).

**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 zarówno samego pacjenta jak i jego otoczenia, w szczególności małoletnich dzieci należących do najbliższej rodziny.

Według map potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa łódzkiego, wykazano jedną poradnię na terenie powiatu bełchatowskiego, która wykonuje świadczenia dla małoletnich pacjentów.

Obraz zawierający tekst, diagram, mapa

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.

Rycina 2. Liczba świadczeniodawców w ramach zakresu Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia w analizowanym województwie

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa łódzkiego

W powiecie bełchatowskim udzielono dzieciom i młodzieży do 18 roku życia 2300 wizyt, w jednej placówce, co daje wskaźnik 0,02 wizyt na osobę w powiecie ogółem.

Wskaźnik w przeliczeniu na populację nieletnich to 0,11 wizyty na osobę, w porównaniu do średniego dla całej Polski 0,38.

Wskazuje to na prawie 4 krotnie niższy wskaźnik dostępności do świadczeń na terenie całego powiatu bełchatowskiego w porównaniu ze wskaźnikiem dla Polski.

Wizyty adaptacyjne są kolejnym z elementów wpływających na zakorzenienie świadczeń z usług lekarza dentysty w świadomości nieletnich pacjentów.

W omawianym obszarze wartość wskaźnika dla powiatu bełchatowskiego przedstawia rycina 3.

Obraz zawierający tekst, zrzut ekranu, menu, numer

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.

Rycina 3. Liczba pacjentów (kobiet i mężczyzn) w grupach wiekowych, którym wykonano procedurę z grupy Wizyty adaptacyjne dzieci, w województwie łódzkim w podziale na powiaty

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa łódzkiego

Zbyt mała liczba świadczeniodawców, a także brak powszechności działań profilaktycznych skutkują złym stanem uzębienia dzieci, co znajduje obiektywne potwierdzenie w ilości pacjentów małoletnich, u których wymagane było leczenie próchnicy zębów mlecznych.

Województwo łódzkie zajmuje drugie miejsce w Polsce pod tym względem, ze wskaźnikiem 1334,55 pacjentów na 100 tyś ludności.

Obraz zawierający tekst, mapa, atlas, diagram

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.

Rycina 4. Leczenie próchnicy w zębach mlecznych - liczba pacjentów w województwach

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa łódzkiego

Pod względem leczenia endodontycznego również mamy tutaj drugie miejsce w Polsce – 2112,17 porad na 100 tyś dzieci do lat 12.

Obraz zawierający tekst, mapa, atlas

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.

Rycina 5. Leczenie endodontyczne zębów mlecznych - liczba porad w województwach

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie stomatologii dla województwa łódzkiego

**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. U dzieci konieczna jest profilaktyka fluorkowa (np. nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami fluorkowymi i systematyczne wizyty kontrolne u dentysty). W Polsce programy profilaktyczne funkcjonują w niewielkim stopniu. I tak – w 2011 roku profilaktyką fluorkową objęto około 4% dzieci 5-letnich, 48% 12-latków oraz 7% 15-latków. W 2011 roku wyniki badań pięcioletnich dzieci wykazały, że zaledwie około 20% z nich było wolnych od próchnicy, a odsetek ten w przypadku dzieci 15-letnich wyniósł 8,2.

W 2013 roku w Polsce powstał program o nazwie Chroń dziecięce uśmiechy. W pierwszej edycji programu udział wzięło około 6 000 dzieci w różnym wieku. Wyniki wykazały, iż ponad 80% raz do roku odwiedza dentystę; około 64% szczotkuje zęby 2 razy dziennie, wśród nich częściej dzieci w wieku 10–13 lat, rzadziej poniżej 10. roku życia. Problem próchnicy zębów dotyczy około 80% uczniów szkół podstawowych. Wskaźnik ten jest wyższy wśród dzieci, które nie odwiedzają dentystów i tych w wieku 5–9 lat. Nieprawidłowy zgryz zaobserwowano u ponad 60%.

W drugiej edycji udział wzięło ponad 8 000 dzieci. Porównując ją z pierwszą, zaobserwowano poprawę wyników – liczba osób z próchnicą zmniejszyła się do 76%. Wady zgryzu wykazano u 56% badanych. Według danych zebranych w roku 2016 r. przez IPSOS po trzech edycjach programu Chroń dziecięce uśmiechy w Polsce problem próchnicy zębów dotyczy 76% uczniów szkół podstawowych, najczęściej dzieci z grupy wiekowej 5–9 lat i tych mieszkających na wsi. Dane te są niezwykle alarmujące, jeżeli weźmiemy pod uwagę, jak stan jamy ustnej oddziałuje na zdrowie całego organizmu – lekarze wiążą go m.in. z chorobami serca, rakiem trzustki, zapaleniem płuc czy innymi chorobami płuc.

Obecne rekomendacje nie podają jednego, najlepszego zestawu działań jakie powinny być podejmowane w ramach programów profilaktyki próchnicy. Autorzy rekomendacji podają wiele skutecznych interwencji w profilaktyce próchnicy m.in. lakowanie (ACFF 2019, AAPD/ADA 2106, EAPD 2016, FDI 2016, SIGN 2014), lakierowanie (ACCF 2019, PTSD 2015, AAPD 2018b) oraz fluoryzację (ACFF 2019, RACGP 2016, FDI 2016, WHO 2016, ADA 2015, NICE 2014).

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 do opieki stomatologicznej.

1. **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) dzieciom i młodzieży przysługuje szeroki zakres interwencji nacelowany na profilaktykę próchnicy. W ramach świadczeń gwarantowanych realizowane są m.in. takie zabieg jak:

* zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd pierwszych trzonowców stałych raz do ukończenia 8 roku życia oraz bruzd drugich trzonowców stałych raz do ukończenia 14 roku życia,
* lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał,
* impregnacja zębiny zębów mlecznych,
* leczenie próchnicy zębów mlecznych i stałych,
* kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych,
* kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych,
* leczenie chorób przyzębia,
* leczenie ortodontyczne do ukończenia 12 roku życia,
* wypełnienia kompozytowe światłoutwardzalne w zakresie zębów siecznych i kłów w szczęce i żuchwie,
* profilaktyczne świadczenia stomatologiczne są dedykowane dzieciom w: 6, 9, 12 miesiącu życia oraz 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 19 roku życia,
* znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń gwarantowanych,
* udzielanie świadczeń ogólnostomotaologicznych w dentobusie dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż.

W załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia znaleźć można informację, iż świadczeniem gwarantowanym są także:

* zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb (dot. bruzd zębów szóstych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 8 roku życia) oraz bruzd drugich trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 14. roku życia,
* lakierowanie zębów 1⁄4 łuku zębowego (dot. wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego; świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.).

Na podstawie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2022, poz. 1355) pielęgniarka lub higienistka szkolna planuje i realizuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami na terenie szkoły lub w placówkach do tego przeznaczonych, w tym edukację w zakresie zdrowia jamy ustnej.

Ponadto 12 kwietnia 2019 roku weszła w życie ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019, poz. 1078), która nakłada na szkoły obowiązek zapewnienia opieki stomatologicznej dla wszystkich uczniów do 19 roku życia. Aby zapewnić dzieciom i młodzieży niezbędną pomoc stomatologiczną administratorzy szkoły mogą w tym celu skorzystać z dwóch ścieżek, którymi są: uruchomienie gabinetu dentystycznego w szkole lub nawiązania umowy z placówkami stomatologicznymi, które świadczą usługi w ramach kontraktu z NFZ. Zgodnie z ww. ustawą każde dziecko ma mieć zapewnioną w szkole profilaktykę zdrowotną oraz opiekę stomatologiczną.

**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.

**2. Cele programu i mierniki efektywności**

**a. Cel główny**

Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci i młodzieży uczestniczących w programie, 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 dzieci, młodzieży i ich rodziców rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023–2025.
* Zwiększenie liczby dzieci stosujących się̨ 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 poprawę̨ stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie dzieci i młodzieży 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 zachowań́ prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań́ profilaktycznych nakierowanych na niwelowanie próchnicy w odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych rekrutujących się z populacji docelowej zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2023–2025.
* Liczba dzieci 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, a 49,3% mężczyźni. W latach 2002-2021 liczba mieszkańców wzrosła o 74,6%.

Gmina Kleszczów ma dodatni przyrost naturalny wynoszący 7. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu 1,10 na 1000 mieszkańców gminy Kleszczów. W 2020 roku urodziło się 72 dzieci, w tym 48,6% dziewczynek i 51,4% chłopców.

61,5% mieszkańców gminy Kleszczów jest w wieku produkcyjnym, 25,8% w wieku przedprodukcyjnym, a 12,7% mieszkańców jest w wieku poprodukcyjnym.

Obraz zawierający tekst, zrzut ekranu, linia, numer

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.

Rycina 6. Piramida wieku mieszkańców gminy Kleszczów, 2020 rok.

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

Obraz zawierający tekst, oprogramowanie, Czcionka, Strona internetowa

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.

Rycina 7. Biologiczne grupy wieku w gminie Kleszczów

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

1 948 mieszkańców gminy Kleszczów jest w wieku potencjalnej nauki (3-24 lata) (w tym 953 kobiet oraz 995 mężczyzn).

W roku 2018 w gminie Kleszczów mieściły się 3 przedszkola, w których do 14 oddziałów uczęszczało 322 dzieci (160 dziewczynek oraz 162 chłopców). Dostępnych było 328 miejsc.

18,6% mieszkańców gminy Kleszczów w wieku potencjalnej nauki (3-24 lata) zalicza się do przedziału 3-6 lat - wychowanie przedszkolne (18,5% wśród dziewczynek i 18,8% wśród chłopców).

W Gminie Kleszczów placówkę mają 2 szkoły podstawowe, w których w 37 oddziałach uczyło się 659 uczniów (328 kobiet oraz 331 mężczyzn).

W grupie wiekowej 3-24 lata na poziomie podstawowym (7-12 lat) kształci się 29,2% ludności (30,3% wśród dziewczynek i 28,0% wśród chłopców).

W gminie Kleszczów znajduje się 1 liceum ogólnokształcące, w którym w 7 oddziałach uczyło się 172 uczniów (136 kobiet oraz 36 mężczyzn).

W gminie Kleszczów znajduje się 1 Technikum, w którym w 5 oddziałach uczyło się 146 uczniów (13 kobiet oraz 133 mężczyzn).

W grupie wiekowej 3-24 lata na poziomie ponadgimnazjalnym (16-18 lat) kształci się 17,5% mieszkańców (14,9% wśród dziewczyn i 20,0% wśród chłopaków).

Obraz zawierający tekst, zrzut ekranu, Czcionka, numer

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.

Rycina 8. Grupy wiekowe osób potencjalnej nauki w gminie Kleszczów

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

Odbiorcami programu będą osoby w wieku 0,5–18 lat; ponadto działania edukacyjne zostaną skierowane do dzieci w wieku 3–18 lat oraz rodziców, opiekunów, a także nauczycieli dzieci w wieku 3–18 lat z terenu Gminy Kleszczów, spełniających kryteria włączenia i wyłączenia opisane w dalszej części programu.

**Działania informacyjne** kierowane są do całej dorosłej populacji zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów

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

Na podstawie danych GUS na dzień 31 grudnia 2020 roku populacja osób w wieku 0-19 lat zamieszkująca Gminę Kleszczów liczy 1 835 osób. W kolejnych latach będą włączane do niej osoby spełniające kryterium wieku, zakładając przyrost naturalny na poziomie około 72 dzieci rocznie szacuje się, iż w latach 2023-2025 dojdzie dodatkowo 216 osób, co daje całkowitą populację docelową programu w liczbie 2 050 osób.

Tabela 1. Liczebność populacja całościowej programu – stan na grudzień 2020 rok.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grupa wiekowa** | **Populacja kobiet** | **Populacja mężczyzn** | **Populacja całościowa** |
| 15-19 | 191 | 250 | 441 |
| 10-14 | 237 | 229 | 466 |
| 5-9 | 239 | 235 | 474 |
| 0-4 | 214 | 240 | 454 |
| **Razem** | **881** | **954** | **1835** |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL: 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.

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

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

* Wiek 6 miesiąc życia - 18 rok życia potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;
* podpisanie przez rodzica/opiekuna uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w programie (przykładowy druk zgody w załączniku); podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
* w przypadku osób, które ukończyły 16. lat, wymagana będzie również ich zgoda, wraz ze zgodą przedstawiciela ustawowego;
* 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 rodzica/opiekuna dziecka na przeprowadzenie działań realizowanych w ramach programu.

* **działania informacyjno- edukacyjne** będą dostępne dla wszystkich osób włączonych do programu
* **szkolenia dla rodziców/opiekunów dzieci i młodzieży** uczestniczących w programie będą dostępne dla wszystkich rodziców/opiekunów dzieci i młodzieży uczestniczących w programie
* **świadczenia profilaktyki stomatologicznej** 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 działań profilaktycznych w ramach programu, w zakresie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

1. **1. Akcja informacyjna**

Rozpropagowanie informacji na temat programu profilaktyki próchnicy zębów (na przykład strona internetowa urzędu gminy, informacja w lokalnych mediach, informacja na terenie przedszkoli, szkół 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 rodziców (oraz opiekunów) dzieci z grupy docelowej. Wyżej wymienieni rodzice – mieszkańcy Gminy Kleszczów – będą informowani o zaplanowanych działaniach, za pośrednictwem np. lokalnych mediów, stron internetowych JST oraz poszczególnych placówek oświatowych, plakatów i ulotek informacyjnych. Dodatkowo szczegółowe informacje organizacyjne mogą zostać przekazane rodzicom dzieci w trakcie wywiadówek i wszelkich innych spotkań z gronem pedagogicznym. Rodzice oraz dzieci uzyskają kompleksowe dane organizacyjne i materiały dotyczące programu, a także planowanych działań. Dzieci z grupy docelowej oraz ich rodzice/opiekunowie zostaną poinformowani o uwarunkowaniach organizacyjnych programu. Zostaną też wyjaśnione wszystkie problematyczne kwestie jego dotyczące.

1. **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, oświadczenie 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, w tym uzyskanie pisemnej zgody rodziców uczniów oraz jednocześnie uczniów powyżej 16. roku życia.

1. **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.

1. **4. Szkolenia dla rodziców/opiekunów oraz nauczycieli dzieci**

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 u dzieci i młodzieży.

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

W ramach szkoleń należy zapoznać rodziców/opiekunów oraz nauczycieli z zalecanymi przez rekomendacje rozwiązaniami ukierunkowanymi na zapobieganie próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

Szkolenie rodziców/opiekunów może zostać przeprowadzone również w formie indywidualnej, podczas wizyty dziecka 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 u dzieci w celu zahamowania rozwoju próchnicy,
* skutki zdrowotne nieleczonej próchnicy u dzieci i młodzieży,
* korzyści płynące z profilaktyki stomatologicznej już od najmłodszych lat życia dziecka.

Podczas szkolenia należy podkreślić konieczność sprawowania przez rodziców nadzoru nad procesem szczotkowania i płukania zębów przez dziecko.

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

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 dzieci i młodzieży.

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, o 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 m.in.:

* materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Programu edukacyjno-profilaktycznego w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży” (https://www.power.gov.pl/media/87812/Zalacznik\_17.pdf ).

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.

1. **5. Działania edukacyjne dla dzieci**

Działania edukacyjnebędą skierowane do dzieci w wieku 3–18 lat (pogadanki w młodszych grupach wiekowych i wykłady/spotkania informacyjne/edukacyjne w starszych na temat promocji zdrowia). Zostaną przeprowadzone m.in. na terenie placówek edukacyjnych, ośrodków opieki zdrowotnej, gabinetów stomatologicznych, domów kultury itp. – w zależności od działań zaplanowanych przez konkretnych beneficjentów. Młodzi uczestnicy programu będą zaznajamiani z podstawowymi metodami dbania o higienę jamy ustnej, zaleceniami dotyczącymi profilaktyki próchnicy, chorób jamy ustnej i przyzębia, informowani o właściwym sposobie odżywiania, w tym o spożywaniu owoców i warzyw, unikaniu słodyczy oraz poznają właściwe nawyki higieniczne.

Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez beneficjenta, o kwalifikacjach wskazanych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

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. Edukacja powinna mieć miejsce co najmniej dwa razy w roku.

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, może odbyć się wizyta adaptacyjna, w trakcie której dzieci zapoznają się z gabinetem stomatologicznym, mogą otrzymać drobne akcesoria (szczoteczka do zębów, kubek itp.), służące do dbania o właściwą higienę jamy ustnej oraz oswoją się z przeprowadzanymi interwencjami medycznymi.

Działania edukacyjne w celu optymalizacji ich realizacji, a także uzyskania wysokiej frekwencji mogą być opcjonalnie prowadzone w trakcie godzin lekcyjnych, np. na terenie placówki oświatowej.

Działania edukacyjne podzielone zostaną na trzy grupy wiekowe:

1. działania edukacyjne dla dzieci w wieku 3–6 lat:

* działania edukacyjne dla dzieci będą się składały z 1 godz. zajęć, prowadzonych w formie aktywizacji/zabawy i pogadanki dla dzieci;
* zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla dzieci w wieku 3–6 lat;
* w zajęciach edukacyjnych dzieci może brać udział opiekun przedszkolny/nauczyciel uczący daną grupę/klasę;
* realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
* przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla dzieci uczestniczących w programie zawiera m.in. informacje o czynnikach wpływających na kształtowanie prawidłowej higieny jamy ustnej, wpływie właściwego odżywiania, profilaktycznych wizytach stomatologicznych oraz naukę prawidłowego mycia zębów;

1. działania edukacyjne dla dzieci w wieku 7–12 lat:

* działania edukacyjne dla uczniów będą się składały z 1 godz. zajęć, prowadzonych w formie aktywizacji i pogadanki/wykładu dla dzieci;
* zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla dzieci w wieku 7–12 lat;
* w zajęciach edukacyjnych dzieci mogą brać udział nauczyciele uczący daną klasę;
* realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
* przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla dzieci uczestniczących w programie zawiera m.in. informacje o czynnikach wpływających na kształtowanie prawidłowej higieny jamy ustnej, wpływie właściwego odżywiania, profilaktycznych wizytach stomatologicznych oraz weryfikację umiejętności prawidłowego mycia zębów;

1. działania edukacyjne dla dzieci w wieku 13–18 lat:

* działania edukacyjne dla uczniów będą się składały z 1 godz. zajęć, prowadzonych w formie aktywizacji i pogadanki/wykładu dla dzieci;
* zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla dzieci w wieku 13–18 lat;
* w zajęciach edukacyjnych dzieci mogą brać udział nauczyciele uczący daną klasę;
* realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
* przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla dzieci uczestniczących w programie zawiera m.in. informacje o czynnikach wpływających na kształtowanie prawidłowej higieny jamy ustnej, wpływie właściwego odżywiania, profilaktycznych wizytach stomatologicznych oraz weryfikację umiejętności prawidłowego mycia zębów;

1. **6. 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, o 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 dziecka zostaje dokonana w oparciu o wskaźniki PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych.

W oparciu o wyniki wizyty kwalifikacyjnej należy dostosować dalsze postepowanie.

1. **7. Świadczenia profilaktyki stomatologicznej**

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

* fluoryzacja,
* lakierowanie zębów,
* lakowanie zębów.

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

Realizacja programu po uzyskaniu pisemnej zgody rodziców (i) uczniów.

Sugerowane świadczenia stomatologiczne wykonywane przez beneficjentów w ramach programu:

* badanie lekarskie stomatologiczne i ocena stanu zdrowia jamy ustnej wraz z oceną wskaźnika PUW/puw;
* zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym i uzupełnianie laku w bruzdach podczas regularnych wizyt kontrolnych;
* lakierowanie zębówstałych;
* leczenie zębów mlecznych glasjonomerami lub kompozytami światłoutwardzalnymi;
* leczenie zębów stałych kompozytami światłoutwardzalnymi;
* znieczulenie miejscowe nasiękowe stosowane w połączeniu tylko z innymi świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi z budżetu NFZ;
* znieczulenie przewodowe wewnątrzustne stosowane w połączeniu tylko z innymi świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi z budżetu NFZ.

Propozycje możliwych do wykonania interwencji do uwzględnienia przez beneficjenta w programie, są zawarte w Tabeli 2.

Tabela 2. 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 (kod ICD–9–CM  23.08) | Świadczenie jest udzielane 1 raz w roku kalendarzowym. | według potrzeb | badanie każdorazowo prowadzone w ramach wizyt adaptacyjnych 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 do 2 zdjęć  wewnątrzustnych | 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 1/2 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  1/4 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 | Wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci | Świadczenie jest udzielane bez połączenia z innymi świadczeniami  gwarantowanymi. Świadczenie dotyczy pierwszej wizyty małych dzieci (do ukończenia 6. roku życia). | 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 | Zabezpieczenie  profilaktyczne bruzd  lakiem szczelinowym – za każdy ząb | Świadczenie dotyczy bruzd pierwszych trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 8. roku życia oraz  bruzd drugich trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 14. roku życia. | 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 |
| 38 | Lakierowanie zębów  1/4 łuku zębowego | Świadczenie dotyczy wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż  1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego. | 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 |
| 39 | Impregnacja zębiny | Świadczenie dotyczy impregnacji zębiny zębów mlecznych – za każdy ząb. | 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 | Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego | 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 |
| 41 | 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 |
| 42 | 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 |
| 43 | Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym |  | 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 |
| 44 | Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z  nieuformowanym korzeniem |  | 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 |
| 45 | Amputacja przyżyciowa miazgi | Świadczenie jest udzielane w udokumentowanych przypadkach. | 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 |
| 46 | Ekstyrpacja przyżyciowa miazgi w zębie z  nieuformowanym korzeniem | Świadczenie – za każdy kanał. | 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 |
| 47 | Ekstyrpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z  nieuformowanym korzeniem | Świadczenie – za każdy kanał. | 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 |
| 48 | Amputacja zdewitalizowanej  miazgi zęba mlecznego | Świadczenie obejmuje amputację mortalną zęba mlecznego. | 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 |
| 49 | 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 |
| 50 | 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 |
| 51 | 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 |
| 52 | 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 |
| 53 | Badanie lekarskie stomatologiczne i kontrolne po urazie zęba | Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.  Świadczenie obejmuje jednorazowe badanie lekarskie stomatologiczne po urazie zęba wraz z instruktażem  higieny jamy ustnej, w połączeniu ze świadczeniami stomatologicznymi  związanymi z udzieleniem pomocy medycznej pourazowej, oraz badanie lekarskie kontrolne związane z urazem  zęba, wykonywane do 3 razy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od urazu, z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej. | 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 |
| 54 | Leczenie endodontyczne zęba z nieuformowanym korzeniem z zastosowaniem materiału typu MTA:   1. leczenie endodontyczne zęba z nieuformowanym korzeniem z   zastosowaniem  materiału typu MTA 1 kanału;   1. leczenie endodontyczne zęba z nieuformowanym korzeniem z   zastosowaniem  materiału typu MTA 2 kanałów;   1. leczenie endodontyczne zęba z nieuformowanym korzeniem z   zastosowaniem  materiału typu MTA 3 kanałów;   1. leczenie endodontyczne zęba z nieuformowanym korzeniem z   zastosowaniem  materiału typu MTA – inne. | Świadczenie jest udzielane przez lekarza dentystę specjalistę w  dziedzinie stomatologii dziecięcej lub lekarza specjalistę w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, lub lekarza dentystę w  trakcie specjalizacji w dziedzinie  stomatologii dziecięcej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją.  Wyposażenie niezbędne do realizacji świadczenia:   1. endometr w miejscu; 2. aparat RTG do zdjęć zębowych lub radiowizjografia w lokalizacji lub w dostępie.   Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia. | 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 |
| 55 | Rentgenodiagnostyka do 5 zdjęć wewnątrzustnych | Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.  Świadczenie obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia.  Świadczenie obejmuje wykonanie do 5 zdjęć wewnątrzustnych w roku  kalendarzowym wraz z przygotowaniem opisu badań oraz wpisaniem opisu zdjęć w dokumentację medyczną pacjenta.  Świadczenie jest realizowane w połączeniu ze świadczeniami  gwarantowanymi o kodzie ICD-9 23.01 wraz z rozszerzeniami oraz 23.13 wraz z rozszerzeniami.  Lekarz kierujący na badanie ma obowiązek uzasadnić w treści  skierowania konieczność wykonania badania, w tym liczbę zdjęć.  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 |
| 56 | 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 rodzice/opiekunowie dzieci 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. W przypadku osób niepełnoletnich decyzja zależy od rodziców/opiekunów dziecka. W przypadku osób powyżej 16. roku życia następuje współdecydowanie przez dziecko i rodzica/opiekuna.

Dopuszcza się dobrowolne odstąpienie od udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie rodzica/opiekuna. 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 oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11. 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 u dzieci, 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. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich).

Realizator zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, a także kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń.

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.

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.

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 u dzieci i młodzieży należy spełnić określone wymagania.

Wymagania dotyczące personelu medycznego dotyczą:

1. **Wizyty kwalifikacyjnej:**

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

1. **Działań informacyjno-edukacyjnych:**

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

1. **Szkolenia dla rodziców:**

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

1. **Świadczenia profilaktyki stomatologicznej:**

* zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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.

Realizator będzie też dysponował sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

**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 zaplanowany na lata 2023–2025, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Instytucji finansującej i posiadanych zasobów finansowych

**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 rodziców/opiekunów, którzy 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 i puw dla zębów mlecznych, 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 i PUW dla zębów mlecznych, 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 1 300 000 zł rocznie, co daje kwotę 3 900 000 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 obsługi administracyjnej programu, zakupu materiałów, działań edukacyjno-informacyjnych, badania, profilaktyki i działań medycznych z zakresu interwencji zaplanowanych w programie.

*Tabela 3.* 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 | 1.200.000 zł |
| 3. | Koszt realizacji edukacji dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci | 15.000 zł |
| 4. | Koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego | 15.000 zł |
| **suma kosztów bezpośrednich** | | **1.255.000 zł** |
| **SUMA CAŁKOWITA ROCZNA** | | **1.300.000 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 1 300 000 zł, przy uwzględnieniu kosztów interwencji a także doliczeniu wszystkich kosztów organizacyjnych koszt jednostkowy programu w przeliczeniu na 1 uczestnika wyniesie około 1 902,50 zł na osobę.

**b. Planowane koszty całkowite**

Planowane koszty realizacji programu całościowe oraz w poszczególnych latach wykazane są w tabeli 4.

Tabela 4. 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 | 1.200.000 zł | 1.200.000 zł | 1.200.000 zł | 3.600.000 zł |
| 3. | Koszt realizacji edukacji dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci | 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** | | **1.255.000 zł** | **1.255.000 zł** | **1.255.000 zł** | **3.765.000 zł** |
| **SUMA CAŁKOWITA** | | **1.300.000 zł** | **1.300.000 zł** | **1.300.000 zł** | **3.900.000 zł** |

Źródło: Opracowanie własne.

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 3.900.000 zł** w latach 2023-2025.

**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 dostęp z: 10.04.2020.
4. American Academy of Pediatric Dentistry. (2019). Pediatric Restorative Dentistry. Pozyskano z: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\_guidelines/bp\_restorativedent.pdf, dostęp z: 10.04.2020.
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-repor t, dostęp z: 10.04.2020.
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, dostęp z: 10.04.2020.
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 dostęp z dn. 09.04.2020.
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**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 1. *Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. *Troska o pacjenta w trakcie rozmowy* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. *Sprawność obsługi* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. *Kompetentna informacja* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 1. *Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. *Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. *Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. *Punktualność* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Bardzo dobrze* | *Dobrze* | *Średnio* | *Źle* | *Bardzo źle* | *Nie mam zdania* |
| 1. *Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. *Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. *Sprawność obsługi* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. *Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem* | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?**

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

1. **Inne uwagi**

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

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.*

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

**ANKIETA STATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

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 ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

* 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 uczniów, 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 uczniów, którym udzielono świadczenia** | **Wielkość wydatkowanych środków**  **w zł** |
| Badanie |  |  |  |
| Profilaktyka stomatologiczna |  |  |  |
| Leczenie choroby próchnicowej zębów |  |  |  |
| **Liczba dzieci przyjętych**  **w ramach programu** |  | | |
| **Opisowa ocena realizacji programu** | | | |
|  | | | |

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

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