

**Uchwała Nr 1131/XLIV/2018**  
**Rady Miasta Lublin**

z dnia 24 maja 2018 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej - „Program profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018-2020”**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994), art. 7 ust. 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) - Rada Miasta Lublin uchwała, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się „Program profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018-2020” w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Lublin.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta Lublin

**Piotr Kowalczyk**



**Program profilaktyki próchnicy zębów  
dla uczniów lubelskich szkół  
na lata 2018-2020**

**Lublin 2018**

Urząd Miasta Lublin  
Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

## Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
Choroba lub problem zdrowotny.....	4
Etiologia.....	4
Czynniki ryzyka.....	5
Powikłania.....	5
Profilaktyka.....	5
Epidemiologia.....	6
Województwo Lubelskie.....	9
Obecne postępowanie.....	9
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności.....	11
Cel główny.....	11
Cele szczegółowe.....	11
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	11
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji.....	12
Populacja docelowa.....	12
Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej.....	12
Planowane interwencje.....	13
Sposób udzielania świadczeń.....	16
Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	17
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	19
Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	19
Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	20
Wymagania kadrowe:.....	20
5. Monitorowanie i ewaluacja.....	22
Monitorowanie.....	22
Ewaluacja.....	22

6. Koszty.....	24
Planowane koszty.....	24
Koszty organizacyjne:.....	24
Koszty ogólne programu:.....	24
Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej:.....	24
Koszty realizacji badań profilaktycznych i procedur:.....	25
Źródła finansowania, partnerstwo.....	27
7. Bibliografia.....	28
.....	29
Załącznik nr 1 do Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018 - 2020.....	30
Załącznik nr 2 do Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018 - 2020.....	31
Załącznik nr 3 do Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018 - 2020.....	32
<i>Załącznik nr 4 do Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018 - 2020.....</i>	<i>33</i>
Załącznik nr 5 do Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018 - 2020.....	34

## 1. Opis problemu zdrowotnego

### Choroba lub problem zdrowotny

Najczęściej występującymi chorobami jamy ustnej są próchnica i choroba przyzębia. Na próchnicę ludzie są podatni przez całe życie, przeważnie jednak chorują dzieci. Szczególne zagrożenie pojawia się w wieku 5–6 lat, gdy wypadają zęby mleczne i pojawiają się pierwsze stałe, oraz w wieku 12–14 lat, kiedy kończy się wymiana uzębienia [1; 2]. Choroba może też wystąpić poniżej 3. roku życia. Wczesne zmiany obserwujemy już nawet w wieku 1–1,5 roku [3]. Choroba przyzębia częściej dotyczy osób dorosłych; najwięcej zachorowań odnotowuje się powyżej 30. roku życia. Udowodniono, że połączenie działań profilaktycznych w sferach indywidualnej, społecznej i zawodowej pomaga sukcesywnie te schorzenia zwalczać [1; 2; 4]. Próchnica zębów to najbardziej rozpowszechniona choroba jamy ustnej. Stanowi problem zdrowotny zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się i dotyczy również Polski. W ciągu ostatnich lat nastąpiła w naszym kraju pewna poprawa w zakresie działań profilaktycznych przeciw próchnicy, ale na tle Europy wciąż należymy do krajów o niskim poziomie profilaktyki [1; 9].

### Etiologia

Najczęściej występująca choroba jamy ustnej wśród dzieci to próchnica. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest ona umiejscowionym, patologicznym procesem pochodzenia zewnątrzustrojowego, który prowadzi do odwapnienia oraz proteolitycznego<sup>1</sup> rozpadu twardych tkanek zęba. Próchnica jest podstawowym schorzeniem jamy ustnej. Zaliczono ją do chorób społecznych ze względu na rozpowszechnienie wśród populacji oraz skutki spowodowane jej powikłaniami [1].

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

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

Bakteria występująca najliczniej na płycie zęba to *Streptococcus mutans*, natomiast w istniejącym już ognisku próchnicowym zwiększa się liczba innych bakterii, m.in. *Lactobacillus acidophilus*. Bakterie podczas metabolizowania węglowodanów ulegających fermentacji produkują kwasy (mlekowy, octowy, propionowy, mrówkowy) rozpuszczające związki mineralne szkliwa i zębiny<sup>2</sup>, co prowadzi do odpływania jonów wapnia Ca<sup>2+</sup> z powierzchni zęba do śliny. Osłabione szkliwo zwija się, tworząc wgłębienia i zęby stopniowo ulegają zniszczeniu. Nieleczona prowadzi do rozpadu substancji organicznej, następnie –

---

<sup>1</sup>Enzym proteolityczny rozkłada białko na elementy prostsze przez rozerwanie wiązania peptydowego.

<sup>2</sup>delikatna część zęba pod szkliwem

substancji nieorganicznej, zapalenia miazgi oraz tkanek okołowierzchołkowych<sup>3</sup>. Atakuje również korzenie zębów, co powoduje silny ból w jamie ustnej [4].

### Czynniki ryzyka

Głównymi czynnikami ryzyka chorób jamy ustnej są:

- niski status społeczno-ekonomiczny społeczeństwa;
- niewielka świadomość dotycząca zachowań prozdrowotnych;
- złe nawyki higieniczno-żywieniowe;
- niewielka świadomość prozdrowotna matek małych dzieci;
- niski poziom fluoru w wodzie pitnej;
- palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu.

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

### Powikłania

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

Do najczęstszych następstw próchnicy zębów zalicza się:

- **Ubytki zębowe.** Około 60–90% dzieci na świecie w wieku szkolnym ma ubytki zębów, które nieleczone powodują ból i dyskomfort uzębienia.

**Choroby przyzębia.** Ciężkie choroby przyzębia (dziąseł), które mogą prowadzić do utraty zębów, występują u 15–20% dorosłych w średnim wieku (35–44 lat) [7].

**Utrata zębów.** Próchnica zębów i choroby przyzębia to główne przyczyny utraty zębów. Całkowita utrata naturalnych zębów częściej występuje u ludzi starszych. Na całym świecie ok. 30% osób w wieku 65–74 lat ma sztuczne zęby [8]. Niestety, utrata uzębienia może też wystąpić w wieku wczesnym, a wówczas pojawia się zagrożenie wadą zgryzu i niekorzystny wygląd jamy ustnej.

Z powodu bólu dzieci mogą przestać prawidłowo się odżywiać, a to skutkuje **utratą wagi i zaburzeniami w rozwoju fizycznym**. Niepodejmowanie walki z próchnicą może mieć też wpływ na budżet domowy. Leczenie stomatologiczne jest drogie i pociąga za sobą wysokie koszty. Zaawansowany stan wymaga interwencji chirurga, tj. operacji, a leczenie może trwać bardzo długo [1–5].

### Profilaktyka

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

---

<sup>3</sup>Tkanki okołowierzchołkowe – tkanki kostne otaczające otwór wierzchołkowy (mały otwór w korzeniu zęba, poprzez który miazga łączy się z kością, z której dochodzi do niej krew ze wszystkimi niezbędnymi składnikami). W przypadku złego, czyli nieszczelnego lub niepełnego wypełnienia kanałów w zębie oraz w przypadku amputacyjnego leczenia zęba bakterie bytujące w kanałach przenikają w okolice kości pod zębem i dochodzi do destrukcji tych tkanek.

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

Najważniejsze działania profilaktyczne to:

- **Profilaktyka jamy ustnej** – czyli szczotkowanie zębów kilka razy dziennie. Najważniejsze jest sprawdzanie składu pasty do zębów i dbanie o to, by obejmował on fluor, który chroni szkliwo zęba przed powstawaniem procesów próchnicznych. Oprócz zębów należy czyścić również język i ścianki jamy ustnej, na których skupia się większa ilość mikroorganizmów.

**Prawidłowe odżywianie się** – czyli mniejsze spożycie cukrów prostych. W diecie dziecka należy ograniczyć ilość produktów zawierających cukier. Prawidłowa dieta to ważny element profilaktyki próchnicy, na który składają się: odpowiedni poziom składników mineralnych, odżywczych i witamin oraz racjonalne dawkowanie cukrów i odpowiednia konsystencja pokarmów.

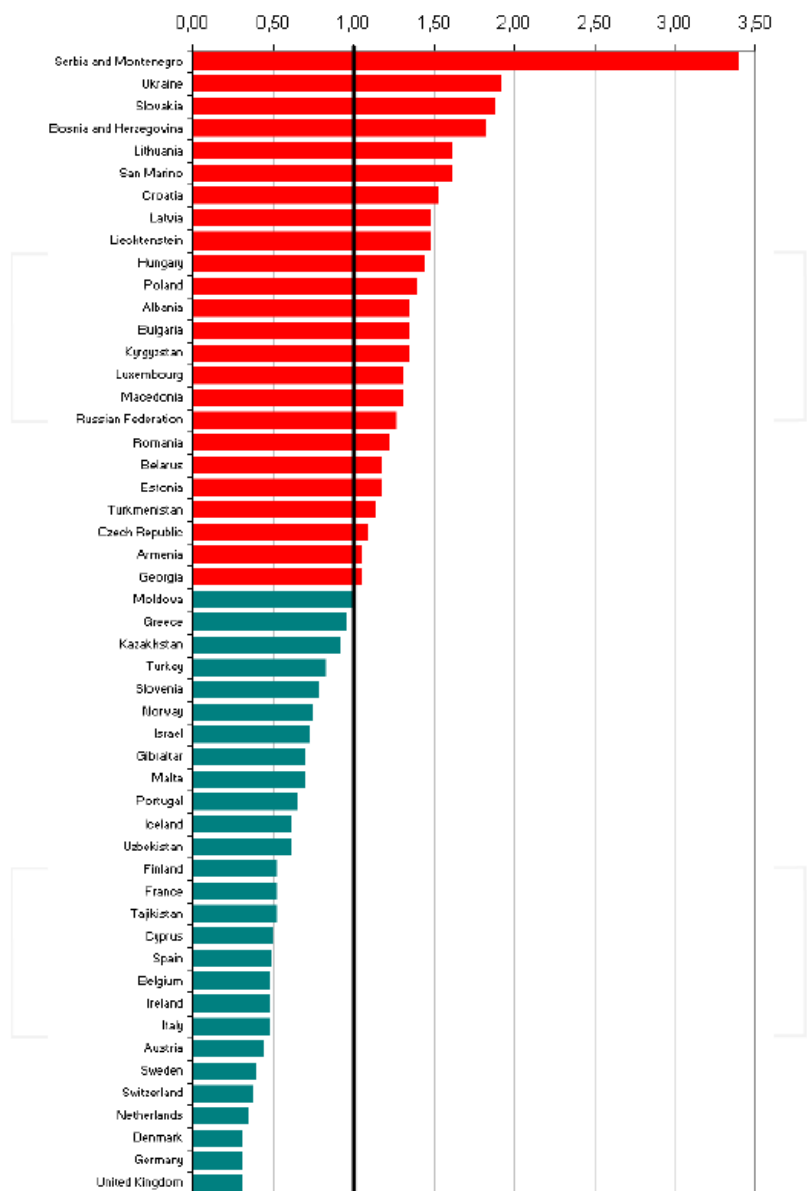
**Wizyty u stomatologa** – regularne badanie się u specjalisty pomaga zapobiec niepożądanym zmianom w jamie ustnej. Lekarz wykonuje również lakowanie i wypełnia szczeliny powstałe na zębach stałych [11].

## Epidemiologia

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

Choroby jamy ustnej w grupie dzieci i dorosłych częściej występują wśród osób o niskim statusie ekonomicznym i społecznym. Szacuje się, że w większości krajów częstość występowania raka jamy ustnej wynosi od 1 do 10 przypadków na 100 tys. osób i jest wyższa wśród mężczyzn, osób starszych oraz z niskim poziomem wykształcenia i małymi dochodami [1; 13; 14]. WHO podaje, że rak jamy ustnej jest na ósmym miejscu listy najczęściej występujących nowotworów na świecie. W krajach afrykańskich z powodu niedostatecznej bądź w ogóle niepraktykowanej higieny jamy ustnej dzieci chorują na gangrenę (nazywaną nomą). Około 90% chorych nie decyduje się jednak – z powodów ekonomicznych – na podjęcie leczenia, co niejednokrotnie prowadzi do zgonu [14].

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

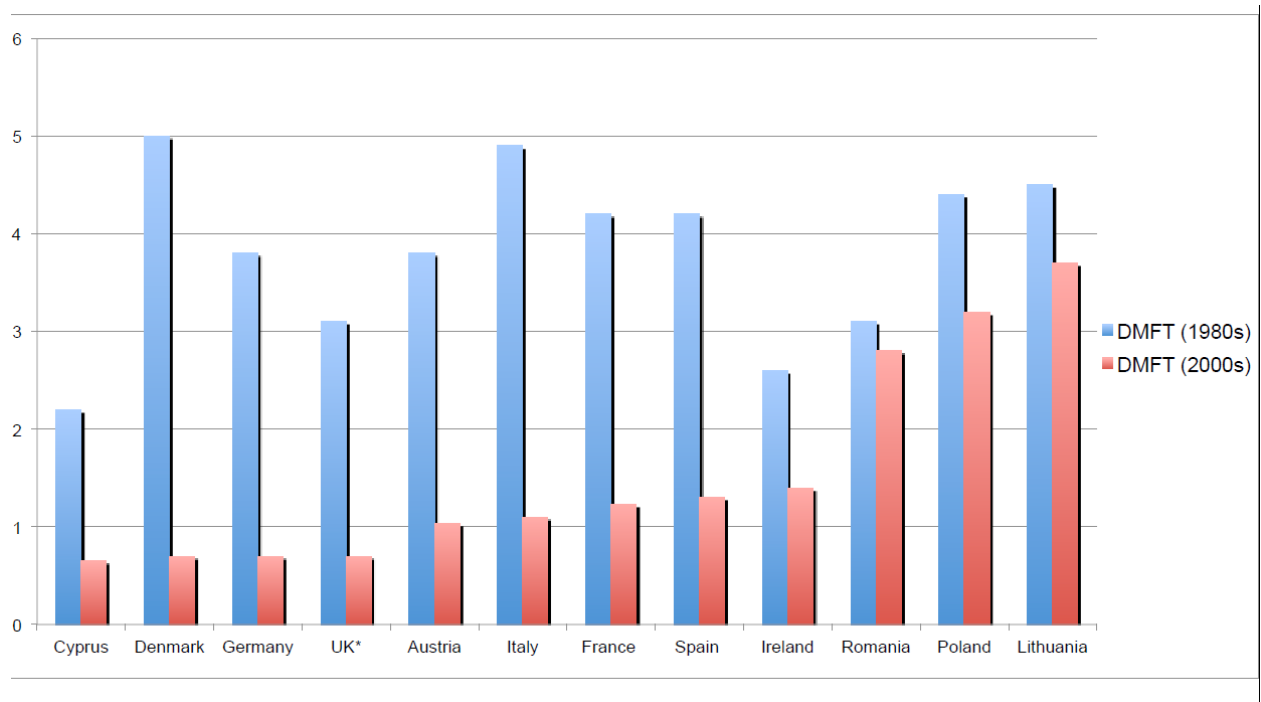


**Rycina 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy w 24 krajach Europy**

Źródło: [12]

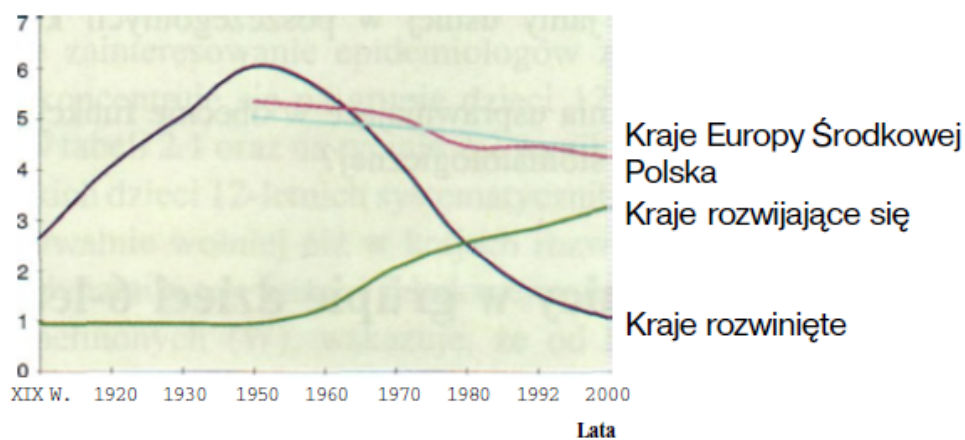
Porównując systemy stomatologicznej opieki zdrowotnej w różnych krajach, można zauważyć, że w Polsce wciąż pozostaje ona na niskim poziomie. W populacji dzieci w wieku poniżej 7 lat leczonych jest ok. 15% przypadków próchnicy. W krajach rozwiniętych cywilizacyjnie wartość wskaźnika leczenia sięga 80%.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





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

**Źródło: [18].**



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

**Źródło: [16]**

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

Próchnica to choroba, której można zapobiegać. Niezbędna jest profilaktyka obejmująca wiele aspektów, takich jak: higiena jamy ustnej, racjonalne żywienie oraz kontrola zmian w

jamie ustnej. U dzieci niezbędna jest profilaktyka fluorkowa (np. nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami fluorkowymi i systematyczne wizyty kontrolne u stomatologa). W Polsce programy profilaktyczne funkcjonują w niewielkim stopniu. W 2011 roku profilaktyką fluorkową objęto ok. 4% dzieci 5-letnich, 48% 12-latków oraz 7% 15-latków [19]. W 2011 roku wyniki badań dzieci 5-letnich wykazały, że zaledwie 20% z nich było wolnych od próchnicy, a odsetek ten w przypadku 15-latków wyniósł 8,2% [20].

W 2013 roku w Polsce powstał program o nazwie „Chroń dziecięce uśmiechy”. W pierwszej edycji udział wzięło około 6 tys. dzieci w różnym wieku. Wyniki wykazały, że ponad 80% dzieci raz do roku odwiedza stomatologa, ok. 64% szczotkuje zęby dwa razy dziennie, a wśród nich częściej robią to dzieci w wieku 10–13 lat, rzadziej natomiast te poniżej 10 roku życia. Problem próchnicy zębów dotyczy średnio 80% uczniów szkół podstawowych. Wskaźnik ten jest wyższy wśród dzieci, które nie odwiedzają dentystów i w przedziale wiekowym 5–9 lat. Nieprawidłowy zgryz zaobserwowano u ponad 60% dzieci [21].

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

### **Województwo Lubelskie**

Badania przeprowadzone w województwie lubelskim wykazały, że:

1. W grupie wiekowej 6-u lat tylko 13,5 % dzieci było wolnych od próchnicy, a średnia liczba zębów mlecznych z próchnicą, przypadająca na jedno dziecko wyniosła 5,3. Wskaźnik leczenia był bardzo niski i wyniósł tylko 0,24. Z powodu próchnicy 6,8 % dzieci miało usunięty przynajmniej jeden ząb mleczny. Stwierdzono także, że zęby stałe były objęte próchnicą. Średnio na jedną osobę przypadło 0,03 zęba stałego z próchnicą, a wskaźnik leczenia wyniósł 0,33.
2. W grupie wiekowej 12-u lat odsetek dzieci wolnych od próchnicy wyniósł 16,2 %, średnio na 1 osobę przypadło 3,1 zęba z próchnicą, natomiast wskaźnik leczenia wyniósł 0,69. Odsetek dzieci z usuniętym co najmniej 1 zębem stałym wyniósł 1,3 %
3. W grupie wiekowej 18-u lat odsetek młodzieży wolnej od próchnicy wyniósł 1,6 % i średnio na jedną osobę przypadało 8,34 zęba z próchnicą, natomiast wskaźnik leczenia wyniósł 0,76. Odsetek młodzieży z usuniętym co najmniej jednym zębem stałym wyniósł 9,6%.

### **Obecne postępowanie**

W ramach opieki stomatologicznej realizowane są świadczenia gwarantowane, które są świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi w całości lub współfinansowanymi ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. 2016 r., poz. 1793 ze zm.).

Szczegółowe zasady określające świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego oraz warunki ich realizacji określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2017 r., poz. 193 ze zm.).

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

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

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

## 2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności

### Cel główny

Głównym celem Programu jest poprawa stanu uzębienia poprzez zmniejszenie występowania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży uczęszczającej do podstawowych i ponadpodstawowych szkół w Lublinie w latach 2018-2020.

### Cele szczegółowe

- poprawa dostępności do leczenia stomatologicznego dla uczniów w Lublinie;
- redukcja liczby uczniów nieobjętych kompleksową opieką stomatologiczną wzrost świadomości u co najmniej 30% uczniów, ich rodziców/opiekunów oraz nauczycieli w zakresie znaczenia higieny jamy ustnej dla zdrowia całego organizmu;
- wzrost odsetka stosowanych wypełnień światłoutwardzalnych u dzieci i młodzieży uczestniczących w programie
- wzrost świadomości uczniów w zakresie zdrowej diety i jej wpływu na choroby uzębienia
- redukcja wartości wskaźnika PUW na zakończenie programu w stosunku do wyników na początku programu o 5% w populacji objętej programem

### Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- określenie liczby przebadanych dzieci w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- określenie wskaźnika PUW (Z) i PUW (P) i jego składowych: P, U, W u dzieci w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- określenie liczby i odsetka dzieci ze stanami zapalnymi dziąseł i przyzębia w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- określenie liczby i odsetka dzieci z wadami zgryzu w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- określenie liczby i odsetka dzieci z dobrą i złą higieną jamy ustnej w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- liczba dzieci, u których przeprowadzono lakierowanie zębów w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- liczba osób z rodziców/opiekunów dzieci, którzy uczestniczyli w zajęciach edukacyjnych
- liczba dzieci, u których uzyskano wzrost wiedzy po zajęciach edukacyjnych
- liczba dzieci, które uczestniczyły w zajęciach edukacyjnych
- liczba osób z rodziców/opiekunów dzieci, u których uzyskano wzrost wiedzy po zajęciach edukacyjnych
- liczba dzieci skierowanych na dalsze leczenie w gabinecie stomatologicznym (w tym skierowanie do ortodonty) w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- określenie odsetka dzieci spożywających słodycze częściej niż jeden raz dziennie w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- określenie liczby i odsetka dzieci szczotkujących zęby minimum 2 razy dziennie pastą z fluorem w każdej z grup wiekowych objętych programem.

### **3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji**

#### **Populacja docelowa**

Adresatami programu będą uczniowie lubelskich szkół podstawowych, ponadpodstawowych oraz ośrodków szkolno – wychowawczych. W programie weźmie udział nie mniej niż 6 000 uczniów rocznie. Ogółem w latach 2018-2020 nie mniej niż 18 000 uczniów. Z danych GUS za 2016 r. wynika, iż liczba dzieci i młodzieży w wieku kwalifikowanym do udziału w programie to 42 536 osób. Zatem program będzie obejmował 14 % populacji rocznie.

Działania edukacyjne będą adresowane do dzieci klas I szkoły podstawowej oraz ich rodziców/opiekunów. Nie są dostępne dane na temat liczebności grupy rodziców/opiekunów. Zgodnie z zasadą „2 rodziców/1 dziecko” należałoby określić liczbę rodziców na około 6 000 osób, jednak dane ze Spisu Powszechnego 2011 podają, iż w rodzinach niepełnych wychowuje się 25% dzieci w wieku 0–17 lat. Zakładając zbliżony odsetek dla województwa lubelskiego, można oszacować liczbę rodziców dzieci uczestniczących w Programie na około 5250 rodziców/opiekunów rocznie (pominięto możliwość posiadania więcej niż jednego dziecka w tym wieku).

W jednym roczniku klas I szkół podstawowych jest ok 3 000 uczniów, przy zakładanym celu objęcia edukacją min. 50% rodziców winno uzyskać się ok. 2625 do 3000 rodziców objętych edukacją w jednym roku realizacji programu.

łącznie przez cały okres trwania programu 7875-9000 osób.

W celu realizacji założeń Programu planuje się wykorzystanie gabinetów stomatologicznych funkcjonujących w lubelskich szkołach.

Jest to 67 gabinetów zlokalizowanych w szkołach podstawowych, ponadpodstawowych, policealnych oraz ośrodkach szkolno – wychowawczych.

#### **Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej**

Podstawowe kryteria formalne udziału dziecka w programie to uczęszczanie do placówki oświatowej na terenie Lublina oraz wyrażenie chęci uczestnictwa w programie. Będzie ono polegało na podpisaniu przez rodzica (opiekuna) świadomej zgody na udział. Druki te zostaną przekazane rodzicom przez nauczycieli w trakcie np. wywiadówek. Wszystkie wypełnione dokumenty będą przechowywane w gabinecie stomatologicznym z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych [25].

Uczestnictwo w programie następuje po spełnieniu następujących kryteriów:

- status ucznia szkoły znajdującej się na terenie Lublina;
- rodzic/opiekun ucznia niepełnoletniego wyraził pisemną zgodę na uczestnictwo w programie;
- w przypadku dzieci, które ukończyły 16 lat wymagana będzie również ich zgoda, łącznie ze zgodą przedstawiciela ustawowego;
- w przypadku uczniów pełnoletnich wymagana będzie tylko ich zgoda na udział w programie.

O włączeniu osób do programu decyduje kolejność zgłoszeń, uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu wartości realizacji programu wynikającego z umowy przez poszczególnych realizatorów programu.

### **Planowane interwencje**

Program będzie realizowany przez podmioty wybrane w ramach konkursu.

Program będzie się składał z kilku etapów organizacyjnych.

Pierwszy z nich to **akcja informacyjna**. Priorytetem niniejszego programu jest dotarcie do wszystkich mieszkańców spełniających kryteria wiekowe włączenia do projektu. Zapewni to wysoką frekwencję i pozwoli na osiągnięcie założonych celów. Narzędziem pozwalającym spełnić to założenie będzie kampania informacyjno-edukacyjna nakłaniająca do aktywnego uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej. Ze względów praktycznych ten element projektu zostanie skierowany przede wszystkim do rodziców (oraz opiekunów) dzieci z grupy docelowej. Wyżej wymienieni mieszkańcy Lublina będą informowani o zaplanowanych działaniach za pomocą lokalnych mediów, strony internetowej miasta oraz poszczególnych placówek oświatowych, plakatów i ulotek informacyjnych. Dodatkowo szczegółowe informacje organizacyjne zostaną przekazane rodzicom dzieci w trakcie wywiadówek i wszelkich innych spotkań z gronem pedagogicznym. Uzyskają oni kompleksowe informacje organizacyjne oraz liczne materiały dotyczące projektu i planowanych działań. W ramach tych działań dzieci z grupy docelowej oraz ich rodzice/opiekunowie zostaną poinformowani o wszelkich zagadnieniach związanych z próchnicą zębów, wynikających z niej powikłaniach oraz uwarunkowaniach organizacyjnych akcji. Zostaną też wyjaśnione wszelkie problematyczne kwestie dotyczące programu.

Drugi etap to **działania edukacyjne** skierowane do uczniów I klas szkoły podstawowej i ich rodziców/opiekunów realizowane poprzez pogadanki nt. promocji zdrowia przeprowadzone na terenie placówki edukacyjnej. Młodzi uczestnicy programu będą zaznajamiani z podstawowymi metodami dbania o higienę jamy ustnej, zaleceniami dotyczącymi profilaktyki próchnicy, chorób jamy ustnej i przyzębia, informowani o właściwym sposobie odżywiania, w tym o spożywaniu owoców i warzyw, unikaniu słodczy oraz poznają właściwe nawyki higieniczne. Odpowiedzialni za ten element edukacji będą stomatolodzy realizujący program polityki zdrowotnej. Wykorzystane zostaną dostępne materiały edukacyjne opracowane przez towarzystwa naukowe, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, fundacje działające na rzecz zdrowia stomatologicznego oraz Kuratorium Oświaty w Lublinie i Ministerstwo Edukacji Narodowej. W trakcie pogadank duży nacisk położy się na dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców. Uczestnicy tych akcji mogą otrzymać drobne akcesoria (szczoteczka do zębów, kubek itp.) służące do dbania o właściwą higienę jamy ustnej. Następnie odbędzie się wizyta adaptacyjna, w trakcie której dzieci zapoznają się z gabinetem stomatologicznym oraz oswoją z przeprowadzanymi interwencjami medycznymi. Potem nastąpi przegląd uzębienia, na którego podstawie ustalony zostanie plan działań profilaktycznych mających na celu prewencję chorób zębów, przyzębia i jamy ustnej.

Pogadanki w celu optymalizacji ich realizacji, a także uzyskania wysokiej frekwencji będą prowadzone w trakcie godzin lekcyjnych, na terenie placówki oświatowej. Przeglądy stanu uzębienia, a także pozostałe działania, w ramach planu leczenia i profilaktyki, ze względu na

ich indywidualny charakter, odbędą się poza godzinami lekcyjnymi po wcześniejszym uzgodnieniu dogodnego terminu z rodzicami (opiekunami) dziecka.

Kolejnym etapem działań będzie **udzielanie świadczeń zdrowotnych** w ramach programu.

Grupy interwencji uwzględnione w programie zawarte są w tabeli 1.

**Tabela 1. Grupy interwencji zaplanowane do realizacji w programie.**

CECHY CHARAKTERYSTYCZNE INTERWENCJI PRZEWIDZIANYCH W PROGRAMIE STANOWIĄCE ROZSZERZENIE ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH W RAMACH NFZ								
Lp.	Kod świadczenia ICD-9-CM	Kod świadczenia wg NFZ	Nazwa świadczenia gwarantowanego w NFZ	Warunki realizacji świadczeń w ramach finansowania NFZ	Wiek dziecka w programie	Materiał użyty w programie	Częstość wykonania świadczenia w ramach programu	Inne
1.	23.0101	5.13.00.2301010	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej (kod ICD-9-CM 23.08)	Świadczenie jest udzielane 1 raz w roku kalendarzowym.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat		Dwa razy w roku – wrzesień, luty/marzec	Badanie prowadzone w ramach wizyt adaptacyjnych i badań kontrolnych
2.	23.0102	5.13.00.2301020	Badanie lekarskie kontrolne	Świadczenie jest udzielane 3 razy w roku kalendarzowym.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat		Co 3 miesiące	Świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej
3.	23.0301	5.13.00.2303010	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	Świadczenie obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia. Świadczenie jest udzielane do 2 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat		Wg potrzeb	Bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
4.	23.0401	5.13.00.2304010	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	Świadczenie jest udzielane jako samodzielne znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat		Wg potrzeb	Bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia
5.	23.0402	5.13.00.2304020	Znieczulenie miejscowe nasiętkowe	Świadczenie jest udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Artykainy	Wg potrzeb	Bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia



6.	23.0403	5.13.00.230403 0	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	Świadczenie jest udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanym i.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Artykainy	Wg potrzeb	Bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia
7.	23.1106	5.13.00.231106 0	Opatrunek leczniczy w zębie stałym		6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Glasjonomer, materiał szkłojonomero wy	Wg potrzeb	
8.	23.1502	5.13.00.231502 0	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni		6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb	poza zębami od 1 do 3 u dzieci i młodzieży do 18 rż oraz wszystkie zęby u młodzieży powyżej 18 rż
9.	23.1503	5.13.00.231503 0	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach		6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb	poza zębami od 1 do 3 u dzieci i młodzieży do 18 rż oraz wszystkie zęby u młodzieży powyżej 18 rż
10.	23.1504	5.13.00.231504 0	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach		6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb	poza zębami od 1 do 3 u dzieci i młodzieży do 18 rż oraz wszystkie zęby u młodzieży powyżej 18 rż
11.	23.1505	5.13.00.231505 0	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3 powierzchniach		6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb	poza zębami od 1 do 3 u dzieci i młodzieży do 18 rż oraz wszystkie zęby u młodzieży powyżej 18 rż
12.	23.1201	5.13.00.231201 0	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem		6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Glasjonomer, materiał szkłojonomero wy, tempofore	Wg potrzeb	
13.	23.1601	5.13.00.231601 0	Usunięcie złogów nazębnych z 1/2 łuku zębowego	Świadczenie jest udzielane 1 raz w roku kalendarzowym w obrębie całego uzębienia.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat		Dwa razy w roku	
14.	23.1003	5.13.00.231003 0	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb	Świadczenie dotyczy bruzd zębów szóstych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 7. roku życia.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 lat	Heliosil	Wg potrzeb	Zęby 4, 5, 6, 7 Procedura może być powtarzana wielokrotnie w ramach programu – w zależności od wskazań lekarskich



15.	23.1006	5.13.00.231006 0	Lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego	Świadczenie dotyczy wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Duraphat – zęby mleczne, fluor protector – zęby stałe/uzębienie mieszane		Objęcie świadczenie m dodatkowo zębów mlecznych
16.	23.1507	5.13.00.231507 0	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych	Świadczenie dotyczy zębów stałych i obejmuje złamany, zniszczony kąt sieczny zęba. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb	
17.	23.1508	5.13.00.231508 0	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa	Świadczenie dotyczy zębów stałych. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb	
18.	23.1108	5.13.00.231108 0	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego	Świadczenie obejmuje także opracowanie ubytku zęba. Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb	

**Źródło: opracowanie własne**

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

W ramach programu możliwe będzie zaopatrzenie zębów wymagających leczenia endodontycznego, na czas niezbędny do przekierowania pacjenta na leczenie już w ramach świadczeń gwarantowanych w ramach NFZ.

Po opracowaniu kanałów i ich wypełnieniu leczenie końcowe- zachowawcze – ostateczne wypełnienie zęba będzie realizowane ponownie w ramach Programu i przy użyciu materiałów światłoutwardzalnych.

### **Sposób udzielania świadczeń**

Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł nieodpłatnie skorzystać z całościowej, wszechstronnej opieki i leczenia stomatologicznego. Udział w programie będzie dobrowolny, a o włączeniu do niego będzie decydowała kolejność

zgłoszeń (aż do osiągnięcia limitu wartości realizacji programu wynikającego z umowy przez poszczególnych realizatorów programu).

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

Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Działania objęte Programem znajdują się poza grupą świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych, planowaną interwencję można traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych – finansowanych przez budżet państwa.

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

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

- działania Programu skierowane są również do członków rodzin osób uczestniczących w programie,
- świadczenia Programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa.
- świadczeń w ramach Programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje [28].
- dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie podmiotów leczniczych zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [29].

Świadczenia zaplanowane w programie i mające charakter grupowy będą udzielane w trakcie trwania godzin lekcyjnych, po wcześniejszym uzgodnieniu z wychowawcami klas/nauczycielami. Terminy te zaplanuje się w taki sposób, aby nie pokrywały się ze świadczeniami gabinetu wybranego w drodze konkursu zakontraktowanymi w NFZ. W celu optymalizacji i uzyskania jak największej frekwencji dokładne dni i czas trwania działań każdorazowo będą konsultowane przez realizatora z gronem pedagogicznym danej placówki oświatowej.

Dzieci do gabinetu stomatologicznego będą przyprawdzane grupami zapewniającymi jak największe bezpieczeństwo oraz komfort pracy osób zatrudnionych przy realizacji programu. O wyżej wymienionych kwestiach organizacyjnych zostaną również poinformowani rodzice dzieci, którzy, za pomocą pisemnego oświadczenia wyrażą zgodę na uczestnictwo w programie. W przypadku czasowego braku możliwości udziału w działaniach profilaktycznych (np. choroba dziecka) zostaną ustalone terminy dodatkowe, w których będzie można uzupełnić pominięte świadczenia zaplanowane w ramach programu. Pozostałe przewidziane interwencje, wpisujące się w plan działań profilaktycznych – polegające na interwencjach stomatologicznych – odbędą się poza godzinami lekcyjnymi w terminach ustalonych z rodzicami (opiekunami).

### **Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu całkowitego opracowania ubytków w zębach lub zakończenia czasu trwania

programu. Możliwe jest także zakończenie udziału na podstawie rezygnacji uczestnika. W przypadku osób niepełnoletnich decyzja zależy od rodziców/opiekunów dziecka.

Dobrowolne odstąpienie od udziału w programie jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie rodzica/opiekuna uczestnika. Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie wystąpienia takich zdarzeń na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

W związku z tym, że w większości szkół na terenie Miasta Lublin funkcjonują gabinety stomatologiczne, które posiadają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży, uczniowie uczestniczący w programie będą mieli zapewnioną możliwość kontynuacji profilaktyki i leczenia stomatologicznego na terenie szkoły.

## 4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

### Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu beneficjent obligatoryjnie musi przeprowadzić:

1. Akcję informacyjną,

Rozpropagowanie informacji na temat programu profilaktyki próchnicy zębów (strona internetowa Urzędu Miasta Lublin, informacja w lokalnych mediach, informacja na terenie szkół, gdzie realizowany będzie program oraz w gabinetach stomatologicznych realizujących program).

2. Rekrutację uczestników,
3. Uzyskanie pisemnej zgody rodziców uczniów.
4. interwencję terapeutyczną
5. Realizacja programu po uzyskaniu pisemnej zgody rodziców (i) uczniów.

### Świadczenia stomatologiczne:

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

działania edukacyjne

Przeprowadzenie na terenie szkół spotkań informacyjno - edukacyjnych z uczniami oraz rodzicami/opiekunami uczniów dotyczących celów i sposobu realizacji programu.

### Działania edukacyjne:

- działania edukacyjne dla uczniów będą składały się z 1 godz. zajęć dla klasy pierwszej w szkole podstawowej;
- zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla uczniów klas I szkół podstawowych;
- zajęcia dla rodziców będą składały się z 1 godz. zajęć edukacyjnych, zajęcia będą organizowane dla rodziców każdej klasy biorącej udział w programie oddzielnie; w zajęciach edukacyjnych rodziców i dzieci mogą brać udział nauczyciele uczący daną klasę;
- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, min. rejestr uczestników;
- przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla uczniów uczestniczących w programie zawiera min. informacje o czynnikach wpływających na kształtowanie prawidłowej higieny jamy ustnej, wpływie odżywiania, profilaktycznych wizytach stomatologicznych oraz nauka prawidłowego mycia zębów;

- przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla rodziców zawierających min. informacje o wpływie stanu zdrowia jamy ustnej na zdrowie dzieci, młodzieży i dorosłych, wpływie odżywiania, kształtowaniu nawyków higienicznych w zakresie higieny jamy ustnej. Poinformowanie o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- monitoring działań w ramach programu.

Ostatnim elementem w ramach Programu będzie monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników do programu i ocena jakości świadczeń realizowanych w programie.

### **Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Ze względu na logistykę przyprawdzania dzieci do gabinetu stomatologicznego wszyscy uczestnicy programu będą objęci ubezpieczeniem od następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW). Powyższe zostanie spełnione poprzez weryfikację ubezpieczeń realizowanych w ramach polis grupowych istniejących w placówkach oświatowych. Ponadto Miasto Lublin wymagać będzie od realizatorów zabezpieczenia polisą OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantującą zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Wszystkie planowane interwencje będą prowadzone z zachowaniem warunków fachowych i sanitarnych ustalonych dla tych procedur medycznych wynikających z aktualnych norm i przepisów prawa. Kształt i powierzchnia gabinetu stomatologicznego zapewni właściwe i funkcjonalne rozmieszczenie wyposażenia. W pomieszczeniach, w których będą przeprowadzane procedury stomatologiczne, znajdują się instalacje oraz wyposażenie wymagane dla gabinetów zabiegowych, tzn. umywalka z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz płynem dezynfekcyjnym, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użytku oraz na ręczniki zużyte. Zgodnie z wymaganiami ogólnobudowlanymi pomieszczenia i urządzenia będą umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję [27]. Budynek, w którym mieści się gabinet stomatologiczny, powinien być dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych [30].

Placówka wybrana w drodze konkursu będzie dysponować wymaganą kadrą oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych w programie procedur stomatologicznych [27; 28].

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

Dokumentacja medyczna powstająca w trakcie realizacji programu jest prowadzona i przechowywana w gabinecie stomatologicznym. Warunki będą zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [29].

### **Wymagania kadrowe:**

1) lekarz specjalista - lekarz dentysta, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie stomatologii dziecięcej,

- 2) lekarz ze specjalizacją I stopnia - lekarz dentysta, który posiada specjalizację I stopnia w stomatologii dziecięcej;
- 3) lekarz dentysta,
- 4) pozostały personel - personel, który stanowią:
  - a) osoba pracująca na stanowisku pomocy dentystycznej posiadająca średnie wykształcenie oraz przeszkolenie zawodowe lub
  - b) osoba, która ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała:
    - tytuł zawodowy asystentki stomatologicznej lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie asystentka stomatologiczna lub
    - tytuł zawodowy higienistki stomatologicznej lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie higienistka stomatologiczna lub
  - c) osoba, która ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku higiena dentystyczna lub ukończyła studia wyższe na innym kierunku studiów o specjalności higiena dentystyczna (stomatologiczna) i uzyskała tytuł licencjata, lub
  - d) osoba, która rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu higieny dentystycznej, obejmujące co najmniej 1688 godzin kształcenia z zakresu higieny dentystycznej i uzyskała co najmniej tytuł licencjata.

Beneficjent jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania – sprzętu medycznego i pomocniczego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi [24]

## 5. Monitorowanie i ewaluacja

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

### Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski zostaną wykorzystane w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Jakość świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie opieki stomatologicznej – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać będzie całość programu polityki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez beneficjenta programu. Jakość świadczeń będzie na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom programu lub ich opiekunom, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej 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 uczestników.

### Ewaluacja

Pomiar efektywności realizacji programu oparty będzie na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter wybitnie długofalowy.

Zweryfikowane zostaną zaplanowane wskaźniki pod kątem ich realizacji:

- a) określenie liczby przebadanych dzieci w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- b) określenie wskaźnika PUW (Z) i PUW (P) i jego składowych: P, U, W u dzieci w każdej z grup wiekowych objętych programem;

- c) określenie liczby i odsetka dzieci ze stanami zapalnymi dziąseł i przyzębia w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- d) określenie liczby i odsetka dzieci z wadami zgryzu w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- e) określenie liczby i odsetka dzieci z dobrą i złą higieną jamy ustnej w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- f) liczba dzieci, u których przeprowadzono lakierowanie zębów w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- g) liczba osób z rodziców/opiekunów dzieci, którzy uczestniczyli w zajęciach edukacyjnych
- h) liczba dzieci, u których uzyskano wzrost wiedzy po zajęciach edukacyjnych
- i) liczba dzieci, które uczestniczyły w zajęciach edukacyjnych
- j) liczba osób z rodziców/opiekunów dzieci, u których uzyskano wzrost wiedzy po zajęciach edukacyjnych
- k) liczba dzieci skierowanych na dalsze leczenie w gabinecie stomatologicznym (w tym skierowanie do ortodonty) w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- l) określenie odsetka dzieci spożywających słodkie częściej niż jeden raz dziennie w każdej z grup wiekowych objętych programem;
- m) określenie liczby i odsetka dzieci szczotkujących zęby minimum 2 razy dziennie pastą z fluorem w każdej z grup wiekowych objętych programem.

Powyższe analizowane będzie przez narzędzia – odpowiednie kwestionariusze lub ankiety dedykowane do w/w pomiarów.



## 6. Koszty

W poszczególnych latach Gmina Lublin przeznaczy na realizację programu:

- a) w 2018 r. - 600 000 zł
- b) w 2019 r. - 600 000 zł
- c) w 2020 r. - 600 000 zł

Koszt całkowity realizacji programu w latach 2018-2020 zł wyniesie: 1 800 000 zł.

### Planowane koszty

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

#### Koszty organizacyjne:

- a) opracowanie organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań;
- b) wystandaryzowane protokoły postępowania pracy poszczególnych uczestników programu (lekarzy dentystów);
- c) wydruki ankiet;
- d) materiały biurowe;
- e) opracowanie schematów realizacji badania.

#### Koszty ogólne programu:

- a) koszty obsługi administracyjnej programu;
- b) koszty monitorowania zewnętrznego;
- c) koszty ewaluacji przez ekspertów;
- d) koszt zakupu upominków dla dzieci.

#### Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej:

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

Maksymalne koszty całkowite, przy zakładanej liczbie wykonanych procedur w ramach programu oraz przy objęciu programem całości zakładanej populacji korzystającej, niezbędne do realizacji programu, szacowane są na ok. **600** tys. zł rocznie

**Koszty realizacji badań profilaktycznych i procedur:**

- przeprowadzenie badań lekarskich;
- wykonanie procedur stomatologicznych;
- koszty materiałów
- koszty działań edukacyjnych

**Koszt działań edukacyjnych** powinien obejmować około 1 godziny zajęć dla każdej grupy (klasy) uczestników.

Szacuje się, iż odbywać się będą z częstotliwością raz w ciągu roku. W podziale na zajęcia dzieci oraz oddzielnie rodzice.

Koszt jednego szkolenia (wynagrodzenie osoby prowadzącej) to około 100 zł/spotkanie.

Koszty związane z działaniami edukacyjnymi to około 120 klas x 100zł x 2 grupy x 1 raz w roku = 24 000 zł rocznie.

**Tabela 2. Planowany budżet roczny**

<b>Rodzaj kosztów</b>	<b>Kwota</b>
Koszty organizacyjne	10 tys. zł
Koszty realizacji badań profilaktycznych i procedur	535 tys. zł
Koszty ogólne programu	25 tys. zł
Koszty działań edukacyjnych	24 tys. zł
Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej	6 tys. zł
<b>Razem</b>	<b>600 tys. zł</b>

*Źródło: opracowanie własne.*

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

Przyjęto maksymalne stawki za realizację poszczególnych procedur w ramach programu. Wycenę świadczeń przedstawiono w tabeli 3. Kwoty zostały ustalone na podstawie średniej ceny z rynku świadczeń stomatologicznych w Lublinie

Tabela 3. Wycena świadczeń w ramach programu

Lp.	Kod świadczenia ICD-9-CM	Kod świadczenia wg NFZ	Nazwa świadczenia gwarantowanego w NFZ	CECHY CHARAKTERYSTYCZNE INTERWENCJI PRZEWIDZIANYCH W PROGRAMIE STANOWIĄCE ROZSZERZENIE ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH W RAMACH NFZ				Wycena świadczenia w ramach programu
				Wiek dziecka w programie	Materiał użyty w programie	Częstość wykonania świadczenia w ramach programu	Inne	
1.	23.0101	5.13.00.2301010	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej (kod ICD-9-CM 23.08)	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat		Dwa razy w roku – Wrzesień, luty	Badanie prowadzone w ramach wizyt adaptacyjnych i badań kontrolnych	11 zł
2.	23.0102	5.13.00.2301020	Badanie lekarskie kontrolne	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat		Co 3 miesiące	Świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej	11 zł
3.	23.0301	5.13.00.2303010	Rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat		Wg potrzeb	Bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia	20 zł
4.	23.0401	5.13.00.2304010	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat		Wg potrzeb		3 zł
5.	23.0402	5.13.00.2304020	Znieczulenie miejscowe nasiękowe	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Artykainy	Wg potrzeb		12 zł
6.	23.0403	5.13.00.2304030	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Artykainy	Wg potrzeb		20 zł
7.	23.1106	5.13.00.2311060	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Glasjonomer, materiał szkłojonomerowy	Wg potrzeb		11 zł
8.	23.1502	5.13.00.2315020	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		78 zł
9.	23.1503	5.13.00.2315030	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		83 zł
10.	23.1504	5.13.00.2315040	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		90 zł

11.	23.1505	5.13.00.231505 0	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3 powierzchniach	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		101 zł
12.	23.1201	5.13.00.231201 0	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Glasjonomer, materiał szkłojonomerowy, tempofore	Wg potrzeb		8 zł
13.	23.1601	5.13.00.231601 0	Usunięcie złogów nazębnych z 1/2 łuku zębowego	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat		Dwa razy w roku		10 zł
14.	23.1003	5.13.00.231003 0	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 lat	Heliosil	Wg potrzeb	Zęby 4,5,6,7 Procedura może być powtarzana wielokrotnie w ramach programu – w zależności od wskazań lekarskich	11 zł
15.	23.1006	5.13.00.231006 0	Lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Duraphat – zęby mleczne, fluor protector – zęby stałe/uzębienie mieszane		Objęcie świadczeniem dodatkowo zębów mlecznych	5 zł
16.	23.1507	5.13.00.231507 0	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		70 zł
17.	23.1508	5.13.00.231508 0	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		30 zł
18.	23.1108	5.13.00.231108 0	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 lat	Kompozyt światłoutwardzalny	Wg potrzeb		50 zł

**Źródło: opracowanie własne.**

### **Źródła finansowania, partnerstwo**

Program finansowany będzie z budżetu Gminy Lublin, przy uwzględnieniu limitów wydatków bieżących corocznie określonych w uchwale Rady Miasta Lublin w sprawie uchwały budżetowej według klasyfikacji budżetowej dział 851, rozdział 85149. Alternatywą finansową może być pozyskanie środków z Regionalnego Programu Operacyjnego lub innych źródeł finansowania zewnętrznego.

## 7. Bibliografia

1. World Health Organization: „Oral Health”, <http://www.who.int/en> [dostęp: 30.10.2017; 10:45].
- National Institute of Dental and Craniofacial Research: „Dental and periodontal infections”, Chapter 3, <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgr/chap3.htm> [dostęp: 30.10.2017; 10:30].
- Kaczmarek U.: „Aspekt bakteryjny próchnicy zębów mlecznych”, *Dent Med Probl.* 2004;41(3):509–514.
- Dental Health Foundation: „Oral health and disease prevention”, Ireland, <http://www.dentalhealth.ie/dentalhealth/causes/diseaseprevention.html> [dostęp: 30.10.2017; 10:30].
- Pawka B., Dreher P., Herda J. i wsp.: „Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym”, *Probl Hig Epidemiol.* 2010;91(1):5–7.
- Petersen P.E.: „Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives”, *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33:274–279.
- Mayo Clinics: „Cavities/Tooth decay”, <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cavities/basics/complications/con-20030076> [dostęp: 28.10.2017; 14:00].
- Zawada Ł., Matuszewska A., Chrzęszczy D., Konopka T.: „Utrata zębów u dorosłych mieszkańców Wrocławia”, *Dent Med Probl.* 2012;49(3):391–398.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15.05.2007.
- Minister Zdrowia: „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015”, [http://www.mz.gov.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/5620/13monitjamyust\\_progr2013\\_20130510.pdf](http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0013/5620/13monitjamyust_progr2013_20130510.pdf) [dostęp: 29.10.2017, 15:40].
- Buczowska W., Stanios E.: „Profilaktyka próchnicy”, *ABC Zdrowie*, <https://portal.abczdrowie.pl/profilaktyka-prochnicy> [dostęp: 26.10.2017; 15:00].
- Moreira R.S.: „Epidemiology of Dental Caries in the World”, Brasil 2012, <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/29340.pdf> [dostęp: 25.10.2017; 15:30].
- Eurobarometer 330: „Oral Health”, Report 2012, [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_330\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_en.pdf) [dostęp: 30.10.2017; 16:00].
- Patel R., Dental Advisor: „Oral Health in Europe”, Report, September 2012, [http://www.worldoralhealthday.com/wp-content/uploads/2014/03/FDIWhitePaper\\_OralHealthWorldwide.pdf](http://www.worldoralhealthday.com/wp-content/uploads/2014/03/FDIWhitePaper_OralHealthWorldwide.pdf) [dostęp: 30.10.2017; 16:30].
- Wysocki M. J., Miller M.: „Paradygmat LaLonde`a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe Zdrowie Publiczne”, *Przegl Epidemiol.* 2003;57:505–512.
- Piątkowska D.: *Zarys Kariologii*. Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2002.
- Szatko F.: „Polski model opieki dentystycznej. Pozytywy i negatywy”, *Gazeta Lek.* 2008;10.
- Eaton K.: „The state of oral health in Europe”, [http://www.wfpha.org/tl\\_files/doc/about/OHWG/AttA.pdf](http://www.wfpha.org/tl_files/doc/about/OHWG/AttA.pdf) [dostęp: 18.10.2017; 16:30].

Wojnarowska B., Oblacińska A.: „Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne”, *Studia BAS*. 2014;2(38):41–64.

NIK: „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych”, Nr ewid. 131/2013/P/12/124/K.

Ipsos Marketing: „Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych”, marzec 2013,  
[http://www.pck.pl/media/repository/2014/cz\\_1/Raport\\_Ipsos\\_Chron\\_Dzieciece\\_Usmiechy\\_skrot.pdf](http://www.pck.pl/media/repository/2014/cz_1/Raport_Ipsos_Chron_Dzieciece_Usmiechy_skrot.pdf) [dostęp: 10.10.2017; 21:00].

Ipsos Marketing: „Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych”, marzec 2014,  
[http://www.pck.pl/media/repository/2015/cz\\_1/Raport\\_Ipsos\\_Chron\\_Dzieciece\\_Usmiechy\\_edycja\\_2.pdf](http://www.pck.pl/media/repository/2015/cz_1/Raport_Ipsos_Chron_Dzieciece_Usmiechy_edycja_2.pdf) [dostęp: 10.11.2017; 21:00].

Rybarczyk-Townsend E., Hilt A., Lubowiedzka B., Wochna-Sobańska M.: „Stan uzębienia u dzieci 6-letnich w województwie łódzkim na podstawie badań z roku 2008”, *Nowa Stomatol.* 2010;1:9–14.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych,

Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami,

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,

Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie,

**Załącznik nr 1 do Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018 - 2020**

**Zgoda  
na udział w programie profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka .....  
(imię i nazwisko dziecka)  
w programie profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół.

*W przypadku dziecka, które ukończyło 16 lat wymagana jest również jego zgoda, łącznie ze zgodą przedstawiciela ustawowego.\**

**Podpis przedstawiciela ustawowego**

**Podpis dziecka:**

.....

.....

*\* W przypadku dziecka, które nie ukończyło 16 roku życia w miejscu: „Podpis dziecka” należy wpisać nie dotyczy.*

**Załącznik nr 2 do Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018 - 2020**

.....  
(pieczęćka podmiotu realizującego program)

**Sprawozdanie częściowe z realizacji programu**

do umowy z dnia .....r. z realizacji Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół w okresie od dnia .....r. do dnia ..... r.

.....  
(nazwa placówki oświatowo-wychowawczej)

<b>Rodzaj wykonanych świadczeń (nazwa świadczenia)</b>	<b>Liczba poszczególnych świadczeń</b>	<b>Liczba uczniów, którym udzielono świadczenia</b>	<b>Wielkość wydatkowanych środków w zł</b>	<b>Uwagi</b>
<b>RAZEM</b>				
<b>Zajęcia edukacyjne</b>	<b>Liczba zajęć edukacyjnych</b>	<b>Liczba uczestników</b>	<b>Wielkość wydatkowanych środków w zł</b>	
<b>RAZEM</b>				

.....  
Data i podpis osoby sporządzającej  
upoważnionej/ sprawozdanie

.....  
Data i podpis osoby /osób/  
upoważnionych do reprezentacji



**Załącznik nr 3 do Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018 - 2020**

.....  
(pieczęćka podmiotu realizującego program)

**Sprawozdanie końcowe z realizacji programu**

do umowy z dnia ..... r. z realizacji Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół w okresie od dnia ..... r. do dnia ..... r.

.....  
(nazwa placówki oświatowo-wychowawczej)

<b>Rodzaj wykonanych świadczeń</b>	<b>Liczba poszczególnych świadczeń</b>	<b>Liczba uczniów, którym udzielono świadczenia</b>	<b>Wielkość wydatkowanych środków w zł</b>
Badanie			
Profilaktyka stomatologiczna			
Leczenie choroby próchnicowej zębów			
<b>Liczba uczniów przyjętych w ramach programu</b>			
<b>Opisowa ocena realizacji programu</b>			

.....  
*Data i podpis osoby sporządzającej upoważnionej/ sprawozdanie*

.....  
*Data i podpis osoby /osób/ upoważnionych do reprezentacji*

## **ANKIETA DLA RODZICA**

*Prosimy o wypełnienie ankiety, której celem jest ocena realizacji programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół realizowanego przez Gminę Lublin, w którym uczestniczy Państwa dziecko. Ankieta jest anonimowa, nie wymaga podawania imienia i nazwiska.*

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź (wstawić X)

### **1. Skąd dowiedziała się Pani /Pan o programie profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół?**

- a) informacja, ogłoszenie w szkole
- b) środki masowego przekazu (prasa, radio, telewizja, internet)
- c) inne: jakie? .....

**Czy jesteście Państwo zadowoleni z możliwości skorzystania przez dziecko z bezpłatnego leczenia stomatologicznego w szkole?**

TAK

NIE

NIE WIEM

**Kiedy dziecko było ostatni raz u lekarza dentysty przed uczestnictwem w programie?**

- a) w ciągu ostatnich 6 miesięcy
- b) w ciągu ostatnich 12 miesięcy
- c) powyżej 12 miesięcy
- d) nie pamiętam
- e) nigdy

**4. Czy poleciliby Pani/Pan korzystanie z programu innym osobom?**

- Tak
- Nie.
- Nie wiem

**5. Proszę o dokonanie ogólnej oceny zajęć w następującej skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „bardzo źle”, zaś 5 „bardzo dobrze”.**

.....

