

**Program Polityki Zdrowotnej na lata 2018–2021  
w zakresie zapobiegania rozwojowi próchnicy  
u dzieci i młodzieży  
z terenu województwa warmińsko-mazurskiego**

**Okres realizacji programu polityki zdrowotnej:  
lata 2018–2021**

**projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie:  
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  
(Dz.U.2018.0.1510 t.j.)**

**Podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej:  
Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie**

**Olsztyn, 2018 rok**



## Słowniczek

**Program/regionalny program zdrowotny** – określony w *Krajowych ramach strategicznych Politycy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020* – są to programy polityki zdrowotnej/programy zdrowotne w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.) [43].

**Beneficjent/realizator** – podmiot leczniczy, podmioty lecznicze lub konsorcjum, w skład którego wchodzi podmiot leczniczy, realizujący/realizujące interwencje zaplanowane w programie, wyłonione w drodze otwartego konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2016 r., poz. 217) [30]. Szczegółowe warunki dotyczące profilu beneficjenta zostaną określone na etapie konkursu.

**Kryteria włączenia** – warunki, które koniecznie należy spełnić, aby wziąć udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

**Kryteria wyłączenia** – warunki/zmienne, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

**Enamel** – szkliwo pokrywające ząb.

**Halitoza** – przykry zapach z ust.

**PUW** – sumaryczny wskaźnik stanu uzębienia stałego.

**P** – liczba zębów stałych z próchnicą.

**U** – liczba usuniętych zębów stałych.

**W** – liczba zębów stałych z wypełnieniami.

**puw** – sumaryczny wskaźnik stanu uzębienia mlecznego.

**p** – liczba zębów mlecznych z próchnicą.

**u** – liczba usuniętych zębów mlecznych.

**w** – liczba zębów mlecznych z wypełnieniami.

## Spis treści

Słowniczek .....	3
Spis treści .....	4
1. Opis problemu zdrowotnego.....	6
Choroba lub problem zdrowotny .....	6
Etiologia .....	6
Czynniki ryzyka .....	7
Powikłania .....	7
Profilaktyka .....	8
Epidemiologia .....	9
Obecne postępowanie.....	18
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności .....	21
Cel główny .....	21
Cele szczegółowe .....	21
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu .....	21
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji .....	23
Populacja docelowa .....	23
Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej.....	25
Planowane interwencje .....	25
Sposób udzielania świadczeń .....	26
Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	28
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	29
Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	29
Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i	

warunków lokalowych .....	37
Wymagania kadrowe: .....	38
5. Monitorowanie i ewaluacja .....	40
Monitorowanie .....	40
Ewaluacja .....	41
6. Koszty .....	43
Planowane koszty całkowite .....	44
Przykładowe pozycje kosztów zarządzania projektem .....	45
Koszty interwencji stomatologicznych: .....	46
Źródła finansowania, partnerstwo .....	48
7. Bibliografia .....	49
8. Załączniki .....	55

## 1. Opis problemu zdrowotnego

### 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 [1–5].

### Etiologia

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. WHO) próchnica jest umiejscowionym, patologicznym procesem pochodzenia zewnątrzustrojowego, który prowadzi do odwapnienia oraz proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Próchnica jest podstawowym schorzeniem jamy ustnej. Zaliczono ją do chorób społecznych ze względu na rozpowszechnianie wśród populacji oraz skutki spowodowane powikłaniami. Często gwałtowny przebieg choroby zależy od zachowania równowagi pomiędzy czynnikami gospodarza a czynnikami zewnętrznymi. Do jej podstawowych czynników etiologicznych należą:

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

Bakteriami występującymi najliczniej na płycie zęba jest *Streptococcus mutans*, natomiast w istniejącym już ognisku próchnicowym zwiększa się ilość innych bakterii, m.in. *Lacidophilus*

*acidophilus*. Bakterie podczas metabolizowania węglowodanów ulegających fermentacji produkują kwasy (mlekowy, octowy, propionowy, mrówkowy), rozpuszczające związki mineralne szkliwa i zębiny, prowadząc do demineralizacji, czyli odpływania jonów wapnia  $Ca^{+2}$  z powierzchni zęba do śliny. Osłabiony enamel zanika, tworząc ubytki, przez co zęby stopniowo są narażone na zniszczenie. Nieleczona próchnica prowadzi do rozpadu substancji organicznej, następnie rozpadu substancji nieorganicznej, zapalenia miazgi oraz zapalenia tkanek okołowierzchołkowych. Próchnica również atakuje korzenie zębów, co powoduje silny ból w jamie ustnej [1; 4].

### **Czynniki ryzyka**

Głównymi czynnikami ryzyka chorób jamy ustnej są dla całości populacji:

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

Większość wymienionych wyżej czynników ryzyka sprawia, że próchnica występuje nawet u dzieci poniżej 3. roku życia, a z wiekiem występuje częściej i dodatkowo z ryzykiem poważniejszych powikłań. Badania wskazują, że 6-letnie dziecko ma już przeciętnie 4 zęby mleczne z próchnicą, a 18-latek ponad 8 zębów stałych z próchnicą [1–6; 9].

### **Powikłania**

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.

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.

Ból zębów u dzieci może wpływać na zaburzenia w rozwoju fizycznym – z powodu dolegliwości dzieci mogą unikać posiłków, mogą wystąpić nieprawidłowości w odżywianiu, braki składników odżywczych, witamin i minerałów. Zwlekanie w walce z próchnicą może mieć wpływ też na status ekonomiczny osoby, której dotyczą problemy w obrębie jamy ustnej. Zaawansowane stany patologiczne wymagają specjalistycznych, nierzadko kosztownych interwencji, np. chirurgicznych lub implantologicznych [1–4; 7–9].

### **Profilaktyka**

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 [1; 5; 10].

Jako najważniejsze działania profilaktyczne możemy wskazać:

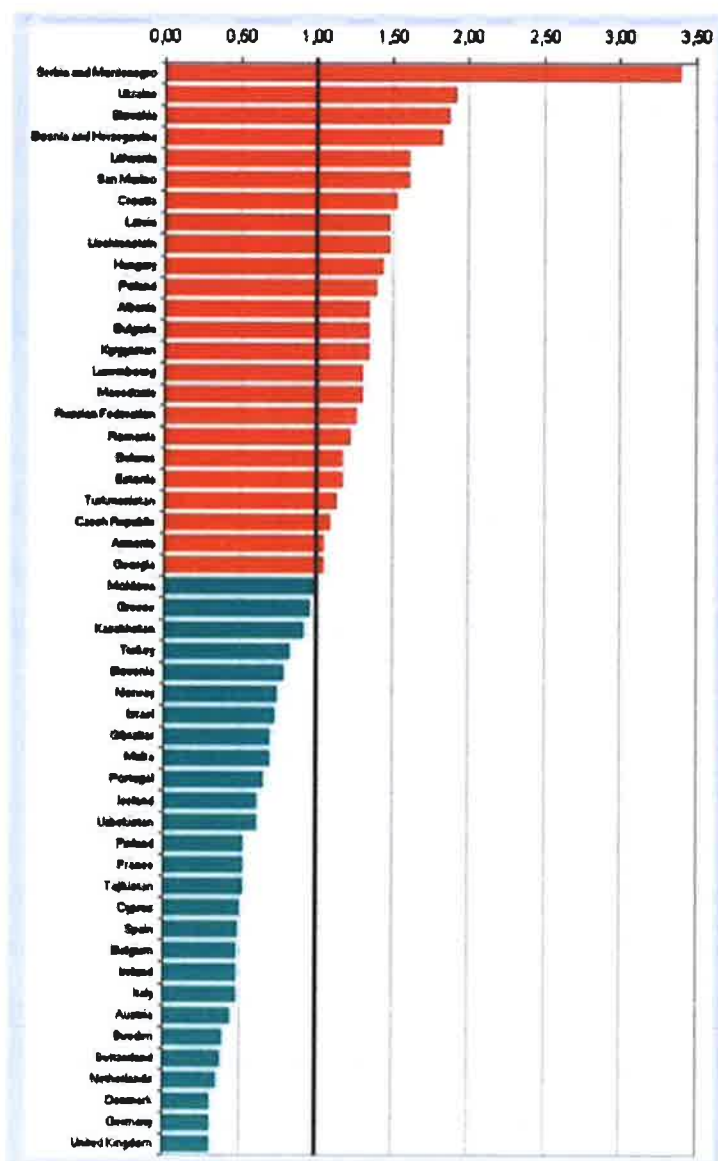
- profilaktykę jamy ustnej – zaliczyć tu można np. szczotkowanie zębów przynajmniej dwa razy dziennie. Konieczne jest, aby zabieg ten został prawidłowo przeprowadzony – oprócz zębów trzeba oczyścić również język i ścianki jamy ustnej, na których skupia się duża ilość mikroorganizmów. Należy także sprawdzić skład pasty do zębów i dbać, by zawierała odpowiedni poziom fluoru, który chroni szkliwo zęba przed powstawaniem procesów próchnicznych;
- 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 [11].

### **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 wystąpienia 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 [1; 13; 14].

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.



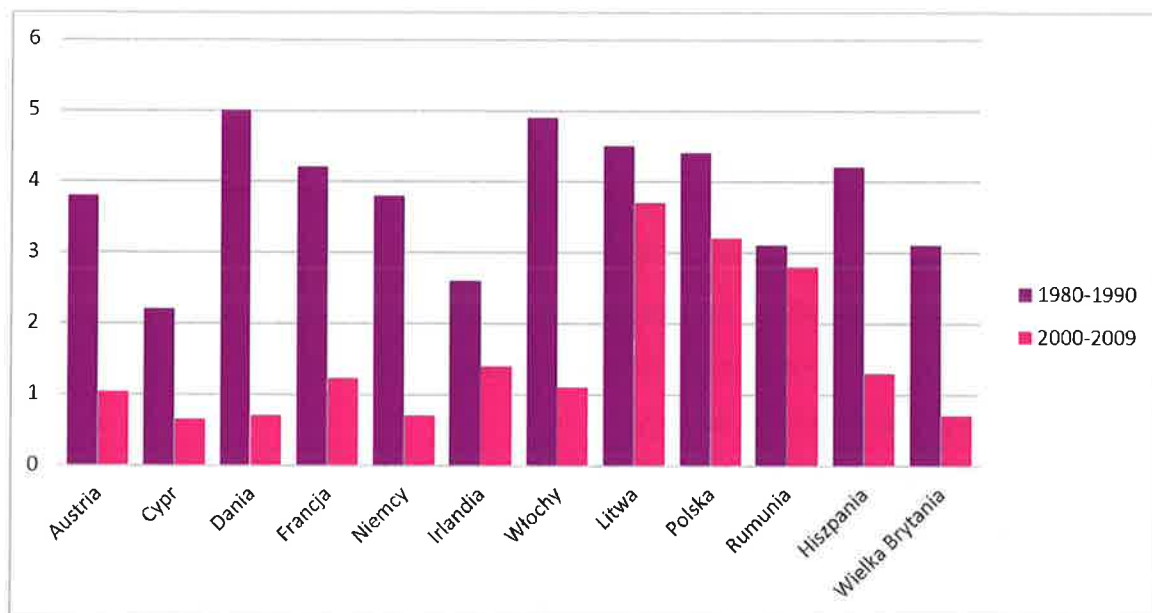
Ryc. 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy w 53 krajach, w tym w 24 krajach EU

Źródło: [12].

Ocena każdego systemu/podsystemu opieki zdrowotnej, w tym dentystycznego, koncentruje się głównie na skuteczności, tj. stopniu realizacji celów zdrowotnych, jakie przewidziano do osiągnięcia w określonym przedziale czasowym względem konkretnej populacji. WHO oraz trzy najpoważniejsze organizacje koncentrujące się na stanie zdrowia jamy ustnej (Światowa Federacja Dentystyczna, Światowa Federacja Wydziałów Dentystycznych Uniwersytetów Medycznych, Międzynarodowe Towarzystwo ds. Badań Stomatologicznych), biorąc pod uwagę rozwój społeczno-cywilizacyjny krajów europejskich oraz poziom samej dyscypliny medycznej jaką jest stomatologia, przyjęły, że:

- w 2000 roku 50% 6-letnich dzieci miało być wolnych od próchnicy, a w 2020 r. odsetek ten w krajach europejskich winien wynosić 80;
- średnia liczba zębów dotkniętych próchnicą w populacji 12-letnich dzieci, która była ustalona na 2 zęby w 2000 roku, zostanie w 2020 roku zredukowana do 1,5 zęba.

Porównując systemy stomatologicznej opieki zdrowotnej objęte badaniem WHO – Global Oral Data Bank 2000–2006 w krajach europejskich, można odnotować, że w Polsce opieka ta jest wciąż na niskim poziomie. W populacji dzieci z próchnicą w wieku poniżej 7 lat jedynie 15% jest leczonych. W krajach rozwiniętych cywilizacyjnie wartość wskaźnika leczenia określa się na poziomie około 80%. Natężenie choroby próchnicowej u polskich dzieci w wieku przedszkolnym utrzymuje się na wysokim poziomie od kilkadziesiąt lat – nie zaobserwowano zauważalnej poprawy w tym zakresie. Z kolei badając zjawisko próchnicy w populacji osób w 12. roku życia, obserwuje się systematyczną redukcję intensywności próchnicy tej grupy wiekowej [Rycina 2][16; 17].



**Ryc. 2. Średni krajowy wskaźnik intensywności próchnicy (ang. DMFT) wśród 12-latków w wybranych krajach w latach 1980–1990 oraz 2000–2009**

Na podstawie źródła: [18].

Porównanie wyników prezentowanych badań dotyczących stanu zdrowia jamy ustnej dzieci 5-letnich w Szkocji, Danii, Walii i Anglii wskazuje, że w Polsce występuje wyraźnie wyższy wskaźnik próchnicy w tej konkretnej populacji. W Szkocji próchnicę stwierdzono u 42,3% badanych dzieci w wieku 5 lat, w Polsce zaś aż u 80%. Dziecko w Polsce ma średnio o ponad 3 zęby próchnicowo zmienione więcej niż w Szkocji [51].

### Profilaktyka próchnicy

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 [19; 20].

W 2013 roku w Polsce powstał program o nazwie *Chroń dziecięce uśmiechy*. W pierwszej edycji programu udział wzięło około 6000 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 8000 dzieci. Porównując 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 [21–23].

#### Województwo warmińsko-mazurskie

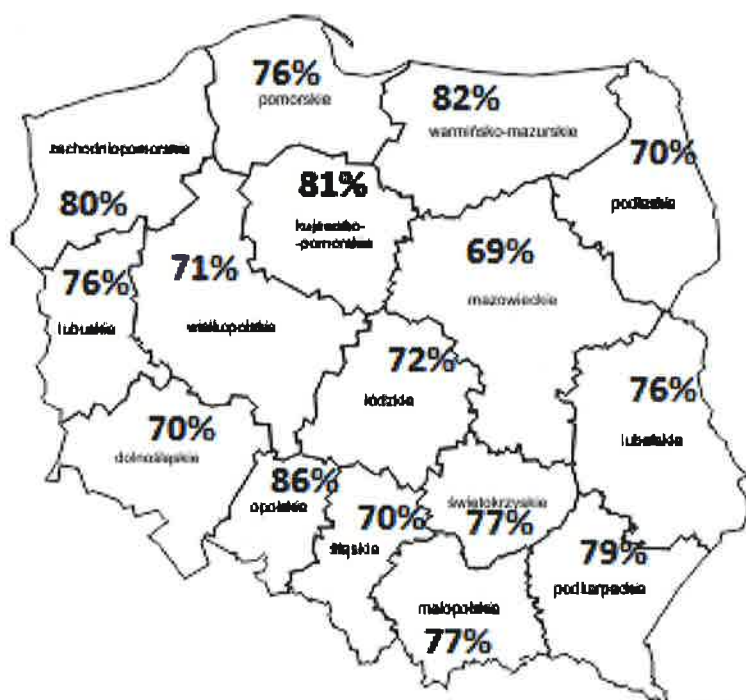
Przy analizie stanu zdrowia mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego zwrócono uwagę na najwyższe w kraju bezrobocie, które w styczniu w 2018 roku wynosiło 12,2%. Zagrożenie ubóstwem jego mieszkańców jest ważnym czynnikiem wpływającym na ograniczenie dostępu do różnego rodzaju usług, w tym świadczeń zdrowotnych. Stosunkowo duża powierzchnia województwa w związku z niską gęstością zaludnienia stanowią problem w zapewnieniu równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo na obszarze warmińsko-mazurskiego występuje nierównomierne rozmieszczenie przestrzenne kadry medycznej, które utrudnia właściwe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej oraz opieki szpitalnej.

Próchnica zębów jest wymieniana – obok choroby niedokrwiennej serca, nowotworów, cukrzycy II typu czy alergii – jako współczesna poważna choroba cywilizacyjna, silnie warunkowana z jednej strony stylem życia, z drugiej zaś czynnikami systemowymi i środowiskowymi [63].

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

programów profilaktycznych oraz badań przesiewowych [52].

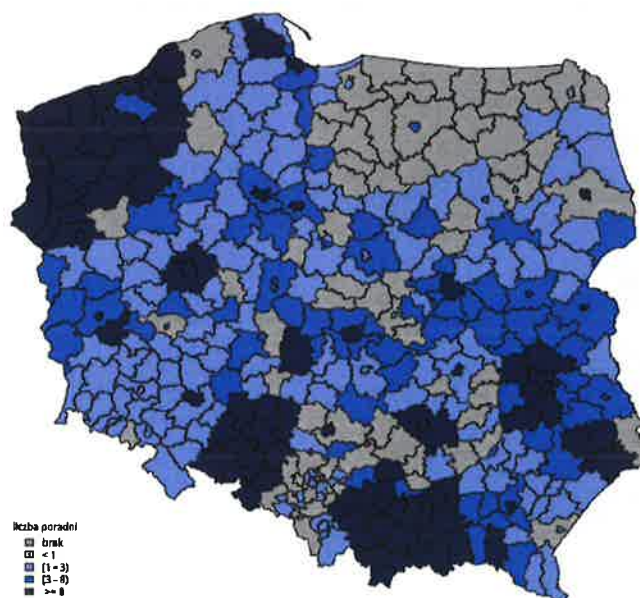
Poniższa mapa Polski wskazuje, iż w województwie warmińsko-mazurskim próchnica występuje u 82% dzieci i nastolatków, co w porównaniu z innymi województwami jest jednym z najwyższych wskaźników w kraju [Rycina 3].



Ryc. 3. Dane z raportu IPSOS. Odsetek dzieci z próchnicą. Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci szkół podstawowych, przygotowany dla Wringley Poland w 2015 r.

Na podstawie źródła: [56].

Poniższa mapa prezentuje liczbę poradni wykonujących świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia w polskich powiatach.

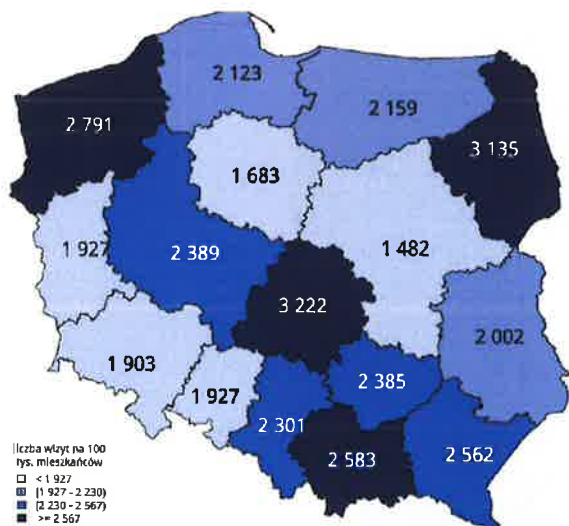


**Ryc. 4 Liczba poradni wykonujących świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż. w powiatach w Polsce**

Źródło: [54].

Dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych dla województwa warmińsko-mazurskiego wyraźnie pokazują, że na tym terenie jest zbyt mało poradni świadczących usługi ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży.

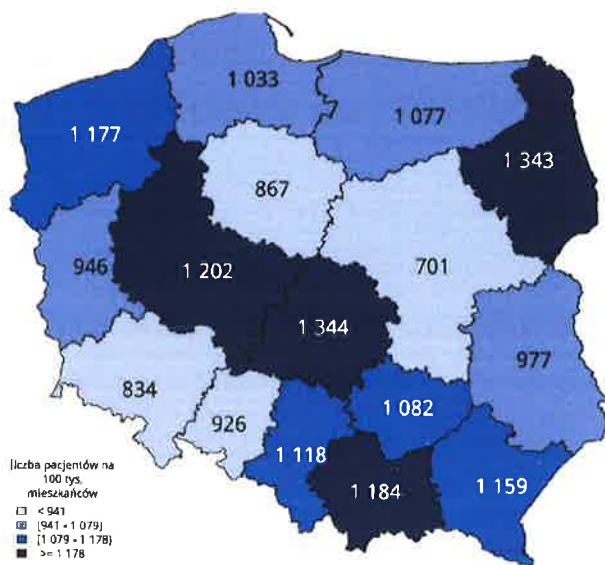
Rycina 5 oraz Rycina 6 zawierają liczbę porad oraz liczbę wizyt pacjentów związanych z leczeniem próchnicy zębów mlecznych w różnych województwach. W warmińsko-mazurskim na 100 tys. mieszkańców przypada około 2000 wizyt tego dotyczących [54].



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

**Ryc. 5. Leczenie próchnicy zębów mlecznych – liczba porad w województwach**

Źródło: [54].



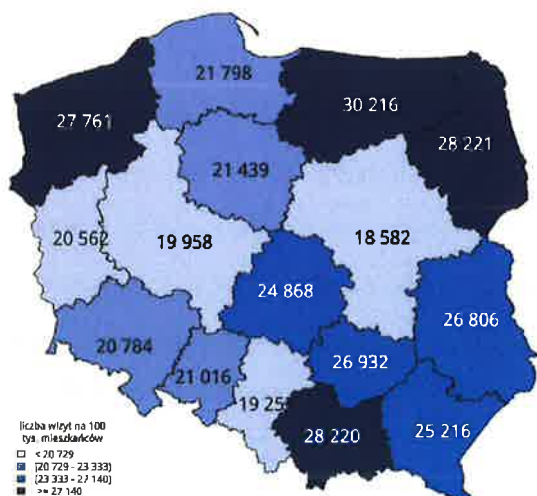
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

**Ryc. 6. Leczenie próchnicy zębów mlecznych – liczba pacjentów w województwach**

Źródło: [54].



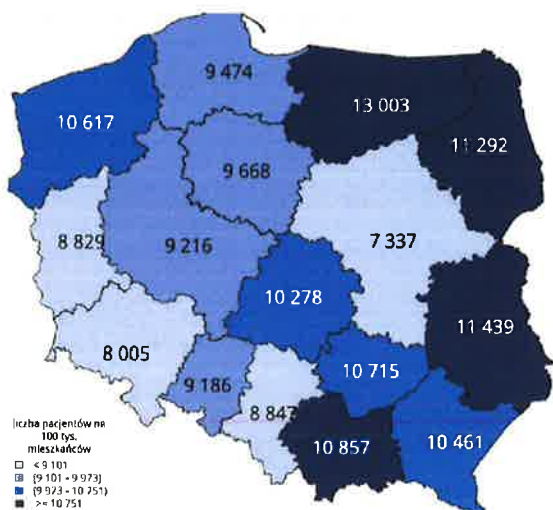
Kolejne dwie mapy [Rycina 7 oraz Rycina 8] wskazują na liczbę porad oraz liczbę wizyt pacjentów związanych z leczeniem próchnicy zębów stałych w różnych województwach. W województwie warmińsko-mazurskim na 100 tys. mieszkańców przypada ponad 30 tys. wizyt tego dotyczących. Na 100 tys. mieszkańców u ponad 13 tys. osób występuje próchnica. Rycina 7 wskazuje, iż najwięcej porad połączonych z leczeniem próchnicy zębów stałych jest wykonywanych w województwie warmińsko-mazurskim.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

**Ryc. 7. Leczenie próchnicy zębów stałych – liczba porad w województwach**

Źródło: [54].



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

**Ryc. 8. Leczenie próchnicy zębów stałych – liczba pacjentów w województwach**

Źródło: [54].

W województwie warmińsko-mazurskim sytuacja epidemiologiczna chorób jamy ustnej wśród dzieci i dorosłych jest alarmująca, gdyż brakuje poradni, a liczba pacjentów z próchnicą zębów stałych – najwyższa w porównaniu z innymi województwami. Niezbędne staje się ulepszenie systemu profilaktyki stomatologicznej, m.in. przez implikację programów zdrowotnych, polegających na podnoszeniu poziomu wiedzy i umiejętności, a także kształtowanie prozdrowotnych nawyków higieny jamy ustnej.

### **Obecne postępowanie**

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

Zgodnie z wytycznymi zabezpieczenie bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym jest finansowane jednokrotnie do ukończenia 7. roku życia. Jednak szacuje się, że około 30% dzieci w tym wieku nie ma jeszcze wyrżniętych zębów trzonowych, istnieje zatem potrzeba ich profilaktycznego lakowania w latach późniejszych, czego już nie uwzględniono w gwarantowanych świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [24].

Tabela poniżej przedstawia liczbę poradni stomatologicznych we wszystkich województwach, które w 2014 roku co najmniej raz udzieliły porady w ramach kontraktu z NFZ. W województwie warmińsko-mazurskim liczba takich poradni wyniosła 395 [Tabela 1][54].

**Tabela 1. Poradnia stomatologiczna – podstawowe statystyki według województw**

Województwo	Liczba porad (tys.)	Średnio liczba porad na poradnię (tys.)	Liczba poradni
śląskie	1974,77	1,75	1 131
lubuskie	408,73	1,83	223
opolskie	359,23	1,50	239
podlaskie	702,60	2,66	264
świętokrzyskie	693,44	2,47	281
pomorskie	945,31	3,27	289
zachodniopomorskie	744,71	1,91	390
warmińsko-mazurskie	<b>882,59</b>	<b>2,23</b>	<b>395</b>
kujawsko-pomorskie	854,11	1,92	445
łódzkie	1356,20	3,01	450
małopolskie	1891,23	3,91	484
dolnośląskie	1248,51	2,07	604
podkarpackie	1047,03	1,70	617
lubelskie	1433,16	2,29	626
mazowieckie	1898,75	2,60	731
wielkopolskie	1540,00	1,77	871

Opracowanie na podstawie źródła: [54].

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) refunduje obecnie procedury takie 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 z wyłącznie 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 refundowane jest 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 tylko przez niektóre ośrodki;
- korekta zgryzu urazowego w kierunku chorób przyzębia – leczenie specjalistyczne, wykonywane tylko przez niektóre ośrodki.

W zakresie profilaktyki istotny problem stanowią ograniczenia w finansowaniu procedur ogólnostomatologicznych z budżetu NFZ. W ramach refundacji objęto konkretnymi czynnościami określone roczniki dzieci i młodzieży do 19. roku życia oraz kobiety w ciąży i połogu. W związku z powyższym pozostałe grupy wiekowe w populacji nie są standardowo objęte profilaktyką [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 w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2018–2021.

### **Cele szczegółowe**

- poprawa dostępności do leczenia stomatologicznego dla dzieci w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2018–2021;
- redukcja w latach 2018-2021 liczby dzieci nieobjętych kompleksową opieką stomatologiczną;
- wzrost świadomości u co najmniej 30% dzieci, ich rodziców/opiekunów oraz nauczycieli w zakresie znaczenia higieny jamy ustnej dla zdrowia całego organizmu w latach 2018–2021;
- wzrost przynajmniej o 1 stosowanych wypełnień światłoutwardzalnych u dzieci i młodzieży uczestniczących w programie w latach 2018–2021;
- wzrost świadomości co najmniej 30% uczniów w zakresie zdrowej diety i jej wpływu na choroby uzębienia;
- redukcja wartości wskaźnika PUW/puw na zakończenie programu w stosunku do początkowych wyników o 5% w populacji nim objętej.

### **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 – na zakończenie programu spadek o 5% w porównaniu do wskaźnika sprzed uruchomienia programu;
- liczba dzieci, u których przeprowadzono lakierowanie zębów w każdej z grup wiekowych objętych programem – minimum 1000 osób w każdej grupie;
- liczba osób z rodziców/opiekunów dzieci, którzy uczestniczyli w zajęciach edukacyjnych – minimum 1000 osób w każdej grupie;
- liczba dzieci, u których uzyskano wzrost wiedzy po zajęciach edukacyjnych – minimum 30% uczniów;

- liczba dzieci, które uczestniczyły w zajęciach edukacyjnych – minimum 75% dzieci objętych programem;
- liczba rodziców/opiekunów dzieci, u których uzyskano wzrost wiedzy po zajęciach edukacyjnych – minimum 30%;
- liczba dzieci skierowanych na dalsze leczenie w gabinecie stomatologicznym (w tym skierowanie do ortodonty) w każdej z grup wiekowych objętych programem.

### 3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

#### Populacja docelowa

Odbiorcami RPZ są dzieci w wieku 0–17 lat z rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym; ponadto działania edukacyjne zostaną skierowane do dzieci w wieku 3–17 lat oraz rodziców, opiekunów, a także nauczycieli dzieci w wieku 0–17 lat z województwa warmińsko-mazurskiego.

Dane na temat liczebności populacji dzieci i młodzieży w województwie warmińsko-mazurskim pozyskano ze zbioru Banku Danych Lokalnych<sup>1</sup>, który jest w dyspozycji Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Najnowsze opublikowane dane uwzględniające podział na pojedyncze roczniki przedstawia stan na 31.12.2017 r. (data aktualizacji 13.04.2018). Liczba dzieci w wieku 0–17 wynosi 263,3 tys., z czego podgrupa 3–17 lat to 222,6 tys. Po uwzględnieniu dodatkowych 3 roczników wynikających z faktu realizacji programu w okresie 2018–2021, oszacowano liczebność tych grup na odpowiednio 306 tys. oraz 263,3 tys. Szczegółowe dane w podziale na podregiony przedstawia Tabela 2.

Tabela 2. Liczebność populacji dzieci w wieku 0–17 lat oraz 3–17 w województwie warmińsko-mazurskim

	Wielkość populacji w wieku 0–17 lat (2018 r.)		Łącznie (2018–2021)	Wielkość populacji w wieku 3–17 lat (2018 r.)		Łącznie (2018–2021)
		Dodatkowe 3 roczniki			Dodatkowe 3 roczniki	
PODREGION ELBLĄSKI	98 568	15729	<b>114 297</b>	83 560	15008	<b>98 568</b>
PODREGION EŁCKI	54 196	8460	<b>62 656</b>	45 915	8281	<b>54 196</b>
PODREGION OLSZTYŃSKI	110 558	18471	<b>129 029</b>	93 083	17475	<b>110 558</b>
<b>WARMIŃSKO-MAZURSKIE</b>	<b>263 322</b>	<b>42 660</b>	<b>305 982</b>	<b>222 558</b>	<b>40 764</b>	<b>263 322</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Zgodnie z informacjami opublikowanymi w *Roczniku Statystycznym Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2017*<sup>2</sup> (data publikacji 29.12.2017), odsetek osób w gospodarstwach domowych znajdujących się w 2016 r. poniżej progu minimum egzystencji wynosił 9%. Wartość tę wykorzystano do oszacowania wielkości populacji docelowej programu. Łącznie oszacowano ją na około 27,5 tys. dzieci i młodzieży w wieku 0–17 lat.

<sup>1</sup> <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>.

<sup>2</sup> Urząd Statystyczny w Olsztynie: *Rocznik Statystyczny Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2017*. GUS, Olsztyn 2017.

**Tabela 3. Wielkość populacji dzieci w wieku 0–17 lat z rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym**

	Populacja 0–17 łącznie (2018–2021)	W tym poniżej progu min. egzystencji
PODREGION ELBLĄSKI	114 297	10 287
PODREGION EŁCKI	62 656	5 639
PODREGION OLSZTYŃSKI	129 029	11 613
<b>WARMIŃSKO-MAZURSKIE</b>	<b>305 982</b>	<b>27 538</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Według GUS<sup>3</sup> (data publikacji 31.10.2017) w województwie warmińsko-mazurskim w roku szkolnym 2016/2017 było 18 052 etatów nauczycielskich, z czego 15 861 w placówkach przeznaczonych dla dzieci i młodzieży.

**Tabela 4. Liczba etatów nauczycielskich w poszczególnych typach szkół dla dzieci i młodzieży w woj. warmińsko-mazurskim**

Kategoria	Liczba etatów
Placówki wychowania przedszkolnego	3 087
Szkoły podstawowe	6 447
Gimnazja	3 451
Licea ogólnokształcące	1 291
Technika	1 585
<b>Razem</b>	<b>15 861</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Liczbę dzieci i młodzieży w wieku 0–17 lat w latach 2018–2021 w województwie warmińsko-mazurskim oszacowano na 306 tys. Na podstawie najnowszych dostępnych danych GUS<sup>4</sup> (opublikowanych 01.06.2015) można przyjąć, iż 25% dzieci wychowuje się w rodzinach niepełnych. Potencjalnie daje to łączną liczbę około 535 tys. rodziców dzieci w wieku 0–17 lat. Wartość ta jednak nie uwzględnia możliwości posiadania więcej niż jednego dziecka w rodzinie.

**Podział na subregiony ma charakter jedynie informacyjny i nie obliuguje takiego podziału terytorialnego przy ogłaszaniu konkursów na realizację Programu.**

<sup>3</sup> Główny Urząd Statystyczny: *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2016/2017*. GUS, Warszawa 2017.

<sup>4</sup> Główny Urząd Statystyczny: *Dzieci w Polsce w 2014 roku. Charakterystyka demograficzna*. GUS, Warszawa 2015.



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

Podstawowymi kryteriami formalnymi udziału dziecka w programie są zamieszkiwanie na terenie województwa oraz wyrażenie chęci uczestnictwa w programie. Będzie ono polegało na podpisaniu przez rodzica (opiekuna) świadomej zgody na udział. Druki te mogą zostać przekazane rodzicom przez nauczycieli np. w trakcie wywiadówek lub pracowników MOPS/GOPS podczas wizyt w placówce. Wypełnione dokumenty będą przechowywane w placówce beneficjenta z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych [59].

Uczestnictwo w programie następuje po spełnieniu następujących kryteriów:

- status zamieszkiwania na terenie województwa warmińsko-mazurskiego;
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna dziecka na uczestnictwo w programie;
- w przypadku dzieci, które ukończyły 16 lat wymagana będzie również ich zgoda, łącznie ze zgodą przedstawiciela ustawowego;
- do udziału w interwencji zaproszone zostaną dzieci z rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym, potwierdzonym stosownym dokumentem, stwierdzającym np. korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej;
- do udziału w działaniach edukacyjnych zaproszone zostaną dzieci w wieku 3–17 lat, rodzice/opiekunowie dzieci w wieku 0–17 lat oraz nauczyciele z województwa warmińsko-mazurskiego.

O włączeniu osób do programu decyduje kolejność zgłoszeń, uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych wnioskach o dofinansowanie.

## Planowane interwencje

Program będzie realizowany przez podmioty wybrane w ramach konkursu. Podmioty muszą spełnić wymagania określone dla konkursu. Są to: kryteria wyboru, spełnienie limitów/ograniczeń oraz zapisów wniosku o dofinansowanie projektu, które muszą być zgodne z programem polityki zdrowotnej.

Ze względu na to, iż program polityki zdrowotnej będzie uzupełniał i wspierał świadczenia gwarantowane koniecznym jest wdrożenie systemu unikania podwójnego finansowania

świadczeń. W tym celu realizator programu w ramach działań informacyjno-edukacyjnych powinien wskazywać rodzicom/opiekunom dzieci możliwości skorzystania ze świadczeń gwarantowanych.

Program będzie się składał z następujących etapów organizacyjnych:

1. akcji informacyjnej,
2. rekrutacji uczestników,
3. działań edukacyjnych,
4. przeprowadzenie kompleksowych interwencji stomatologicznych,
5. monitoringu działań w ramach programu.

### **Sposób udzielania świadczeń**

Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł nieodpłatnie i bez skierowania skorzystać z edukacji lub edukacji i interwencji stomatologicznych zaplanowanych przez beneficjenta w ramach programu.

Aby wziąć w nich udział należy zgłosić się do placówki biorącej udział w programie w okresie jego realizacji. W ramach działań rekrutacyjnych do programu polityki zdrowotnej personel powinien poinformować uczestnika, jakie świadczenia mogą zostać wykonane w ramach programu, a jakie przysługują w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W przypadku niemożności wykonania kompleksowego świadczenia, winien wskazać placówkę, która zapewni powyższe. Udział w programie jest dobrowolny, a o włączeniu zadecyduje kolejność zgłoszeń (aż do osiągnięcia limitu osób ustalonego przez beneficjentów programu).

Program ma charakter ciągły, jednak jego sprawozdawanie przez beneficjenta będzie się odbywało w cyklu rocznym. W trakcie programu będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu nie może wykluczać możliwości wykonywania zabiegów stomatologicznych dla dzieci/młodzieży niepełnosprawnej, z zaburzeniami zachowania, funkcjonalnymi i poznawczymi.

Uczestnictwo w programie w żaden sposób nie będzie wpływało na możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

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

- realizatorem programu, wyłonionym w drodze procedury konkursowej może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160), który:
  - prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, lub
  - prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej;
- świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje [58];
- dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie podmiotów leczniczych beneficjentów, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [59];
- dokumentacja związana z kwalifikacją uczestników do działań edukacyjnych będzie przechowywana w placówce beneficjenta z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych [59].

Świadczenia zaplanowane w programie i mające charakter grupowy opcjonalnie mogą być udzielane w trakcie godzin lekcyjnych, po wcześniejszym uzgodnieniu z wychowawcami klas/nauczycielami. Terminy te zaplanuje się w taki sposób, aby nie pokrywały się ze świadczeniami gabinetu szkolnego wybranego w drodze konkursu, zakontraktowanymi w NFZ. W celu optymalizacji i uzyskania jak największej frekwencji dokładne daty i czas działań

każdorzazowo mogą być konsultowane przez realizatora z gronem pedagogicznym danej placówki oświatowej.

O wyżej wymienionych kwestiach organizacyjnych zostaną również poinformowani rodzice dzieci, którzy (za pomocą pisemnego oświadczenia) wyrażą zgodę na uczestnictwo w programie. W przypadku braku możliwości udziału w określonych interwencjach stomatologicznych (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 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 polityki zdrowotnej**

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

Elementy składowe programu:

#### **1. Akcja informacyjna**

Rozpropagowanie informacji na temat programu profilaktyki próchnicy zębów (na przykład strona internetowa urzędów miast i gmin, informacja w lokalnych mediach, informacja na terenie przedszkoli, szkół, placówek pomocy społecznej oraz w gabinetach stomatologicznych realizujących program).

Priorytetem niniejszego programu jest dotarcie do możliwie jak największego odsetka potencjalnych uczestników spełniających kryteria włączenia do programu (wiekowe oraz status ubóstwa/wykluczenia społecznego). 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 województwa warmińsko-mazurskiego – będą informowani o zaplanowanych działaniach, za pośrednictwem np. lokalnych mediów, stron internetowych JST oraz poszczególnych placówek oświatowych, pomocy społecznej, 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.

#### **2. Rekrutacja uczestników**

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.

### **3. Działania edukacyjne**

Odbycie na terenie np. przedszkoli, szkół, placówek opieki zdrowotnej, ośrodków kultury itp. spotkań informacyjno-edukacyjnych z dziećmi oraz rodzicami/opiekunami dzieci/uczniów w wieku 0–17 lat dotyczących celów i sposobu realizacji programu.

Działania edukacyjne będą skierowane do dzieci oraz rodziców dzieci w wieku 0–17 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” (patrz s. 37).

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 w każdej gminie i mieście na prawach powiatu na terenie objętym projektem.

Podczas działań edukacyjnych beneficjenci mogą wykorzystać własne materiały pogłądowe, 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:

a) działania edukacyjne dla dzieci w wieku 3–6 lat i rodziców dzieci w wieku 0–6 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;
- zajęcia dla rodziców dzieci w wieku 0–6 lat będą się składały z 1 godz. zajęć edukacyjnych;
- zajęcia będą organizowane dla grup rodziców dzieci biorących udział w programie, oddzielnie dla każdej z grup rodziców określonych na podstawie wieku ich dzieci objętych programem przez danego beneficjenta wyłonionego w drodze konkursu;
- w zajęciach edukacyjnych rodziców i dzieci mogą brać udział opiekunki przedszkolne/nauczyciele 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;

- przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla rodziców zawiera m.in. informacje o wpływie stanu zdrowia jamy ustnej na zdrowie dzieci, młodzieży i dorosłych, wpływie odżywiania, kształtowaniu nawyków higienicznych w zakresie higieny jamy ustnej; również o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

b) działania edukacyjne dla dzieci i rodziców 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;
- zajęcia dla rodziców dzieci w wieku 7–12 lat będą się składały z 1 godz. zajęć edukacyjnych;
- zajęcia będą organizowane dla grup rodziców dzieci biorących udział w programie, oddzielnie dla każdej z grup rodziców określonych na podstawie wieku ich dzieci objętych programem przez danego beneficjenta wyłonionego w drodze konkursu;
- w zajęciach edukacyjnych rodziców i 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;
- przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla rodziców zawiera m.in. informacje o wpływie stanu zdrowia jamy ustnej na zdrowie dzieci, młodzieży i dorosłych, wpływie odżywiania, kształtowaniu i utrwalaniu właściwych nawyków higienicznych w zakresie higieny jamy ustnej; również o celach i zakresie



realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

c) działania edukacyjne dla dzieci i rodziców dzieci w wieku 13–17 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 13–17 lat;
- zajęcia dla rodziców dzieci w wieku 13–17 lat będą się składały z 1 godz. zajęć edukacyjnych;
- zajęcia będą organizowane dla grup rodziców dzieci biorących udział w programie, oddzielnie dla każdej z grup rodziców określonych na podstawie wieku ich dzieci objętych programem przez danego beneficjenta wyłonionego w drodze konkursu;
- w zajęciach edukacyjnych rodziców i 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;
- przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla rodziców zawiera m.in. informacje o wpływie stanu zdrowia jamy ustnej na zdrowie dzieci, młodzieży i dorosłych, wpływie odżywiania, kształtowaniu i utrwalaniu właściwych nawyków higienicznych w zakresie higieny jamy ustnej; również o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

#### 4. Interwencja stomatologiczna

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 zębów stałych;
- leczenie zębów mlecznych giasjonomerami 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 5.

**Tabela 5. Grupy interwencji zaplanowane do realizacji w programie**

CECHY CHARAKTERYSTYCZNE INTERWENCJI PRZEWIADZIANYCH W PROGRAMIE, STANOWIĄCE ROZSZERZENIE ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH W RAMACH NFZ					
Lp.	Nazwa świadczenia	Wiek dziecka w programie	Materiał użyty w programie	Częstość wykonania świadczenia w ramach programu	Inne
1.	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat		wg potrzeb	badanie prowadzone w ramach wizyt adaptacyjnych i badań kontrolnych
2.	Konsultacja specjalistyczna	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat		wg potrzeb	świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej

3.	Rentgenodiagnostyka	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat		wg potrzeb	bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
4.	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat		wg potrzeb	bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia
5.	Znieczulenie miejscowe nasiękowe	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	artykainy	wg potrzeb	bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia
6.	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	artykainy	wg potrzeb	bez limitu – w zależności od ustalonego planu leczenia
7.	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	glasjonomer, materiał szkłojonomerowy	wg potrzeb	
8.	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	kompozyt światłoutwardzalny	wg potrzeb	poza zębami od 1. do 3. u dzieci i młodzieży do 17. r.ż.
9.	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	kompozyt światłoutwardzalny	wg potrzeb	poza zębami od 1. do 3. u dzieci i młodzieży do 17. r.ż.
10.	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	kompozyt światłoutwardzalny	wg potrzeb	poza zębami od 1. do 3. u dzieci i młodzieży do 17. r.ż.
11.	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3 powierzchniach	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	kompozyt światłoutwardzalny	wg potrzeb	poza zębami od 1. do 3. u dzieci i młodzieży do 17. r.ż.
12.	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	glasjonomer, materiał szkłojonomerowy, tempofore	wg potrzeb	
13.	Usunięcie złogów nazębnych z 1/2 tuku zębowego	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat		dwa razy w roku	

14.	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	heliosil	wg potrzeb	zęby 4., 5., 6., 7. Procedura może być powtarzana wielokrotnie w ramach programu – w zależności od wskazań lekarskich
15.	Lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	duraphat – zęby mleczne, protector – zęby stałe/uzębienie mieszane	minimum 2 razy w roku	Procedura może być powtarzana wielokrotnie w ramach programu – w zależności od wskazań lekarskich objęcie świadczeniem dodatkowo zębów mlecznych
16.	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	kompozyt światłoutwardzalny	wg potrzeb	
17.	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, lat	kompozyt światłoutwardzalny	wg potrzeb	
18.	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, lat	glasjonomer, materiał szkłojonomerowy	wg potrzeb	
19.	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, lat	glasjonomer, materiał szkłojonomerowy	wg potrzeb	

Źródło: opracowanie własne, na podstawie (Dz. U. z 2017 r., poz. 193).

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

Po opracowaniu kanałów i ich wypełnieniu leczenie końcowe (ostateczne wypełnienie zęba) będzie realizowane ponownie w ramach programu i przy użyciu materiałów światłoutwardzalnych.

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.

#### **5. Monitoring działań w ramach programu**

Ostatnim elementem w ramach programu będzie monitoring działań, obejmujący weryfikację zgłaszalności jego uczestników i ocenę jakości realizowanych świadczeń.

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

Ze względu na logistykę przyjmowania dzieci w gabinetach stomatologicznych wszyscy beneficjenci programu muszą posiadać ubezpieczenie od następstwa nieszczęśliwych wypadków (NNW). Powyższe zostanie spełnione poprzez weryfikację ubezpieczeń realizowanych w ramach polis istniejących w placówkach medycznych. Ponadto od beneficjentów będą wymagane posiadanie polis OC oraz NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujących 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 [60]. Budynek, w którym mieści się gabinet stomatologiczny, powinien być dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych [61].

Beneficjent wybrany w drodze konkursu będzie dysponował wymaganą kadrą, pomieszczeniami oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych w programie procedur stomatologicznych [60; 58].

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

Dokumentacja medyczna powstająca podczas realizacji programu jest prowadzona i przechowywana w gabinecie stomatologicznym. Warunki będą zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [59].

#### **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, który stanowią:
  - a) osoba pracująca na stanowisku pomocy dentystycznej posiadająca średnie wykształcenie oraz przeszkolenie zawodowe na stanowisku pomocy dentystycznej, 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 bądź 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;
  - e) osoba posiadająca doświadczenie, wiedzę i umiejętności praktyczne w wykonywaniu działań edukacyjnych, posiadająca wykształcenie średnie medyczne lub ukończyła studia na kierunkach mających zastosowanie w realizacji zadań

wynikających z niniejszego programu – np. zdrowie publiczne, pielęgniarstwo, higiena stomatologiczna.

Beneficjent także jest zobowiązany do zapewnienia zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania – sprzętu medycznego i pomocniczego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi [62].

## 5. Monitorowanie i ewaluacja

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

### Monitorowanie

Ocena zgłaszalności to kluczowy element bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z założeń i prognoz realizacji programu przez konkretnego beneficjenta i zakładanej populacji docelowej.

Bieżąca ocena będzie polegała na analizie przez Beneficjenta raportów okresowych tworzonych w rocznych interwałach.

Beneficjent będzie także zobligowany do złożenia raportu końcowego Instytucji Zarządzającej, po zakończeniu działań w ramach programu.

Monitoringowi zostanie poddana m.in. liczba zgód na udział w programie, liczba wykonanych poszczególnych interwencji stomatologicznych, liczba uczestników działań edukacyjnych. Jej zmiana w poszczególnych latach programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Ponadto szczególna uwaga winna zostać zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie, pomimo złożenia zgody na udział w badaniu. Beneficjent przeanalizuje i uwzględni przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski zostaną wykorzystane do możliwej minimalizacji podobnej sytuacji w kolejnych latach realizacji programu.

Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez beneficjenta programu, a ich jakość regularnie monitorowana za pomocą samodzielnie opracowanego narzędzia, np. ankiety satysfakcji uczestnika programu. 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**

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

Ewaluacja jest zatem procesem doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczną oceną wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom i 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 Zarządzająca.

W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. 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.

Zweryfikowane zostaną zaplanowane wskaźniki pod kątem ich realizacji:

- 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;
- 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.

Powyższe wskaźniki będą analizowane odpowiednimi narzędziami, zostaną wykorzystane dane uzyskane np. z raportów z monitoringu.

## 6. Koszty

Planowane koszty całkowite ustalone przez Instytucję Zarządzającą to:

- łączna kwota bez udziału rezerwy wykonania 1 703 962,79 euro (słownie: jeden milion siedemset trzy tysiące dziewięćset sześćdziesiąt dwa euro 79/100). Do przeliczeń w ramach alokacji przeznaczonej na realizację RPZ wykorzystano przelicznik 1 euro – 4,1807 zł, co daje kwotę 7 123 927,61 zł (słownie: siedem milionów sto dwadzieścia trzy tysiące dziewięćset dwadzieścia siedem złotych 61/100), w tym:
  - koszty pośrednie (koszty zarządzania, wyliczone zgodnie z zapisami *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020*): 425 990,70 euro (słownie: czterysta dwadzieścia pięć tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt euro 70/100) / 1 780 981,90 zł (słownie: jeden milion siedemset osiemdziesiąt tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt jeden złotych 90/100);
- łączna kwota z udziałem rezerwy wykonania 1 819 832,26 euro (słownie: jeden milion osiemset dziewięćnaście tysięcy osiemset trzydzieści dwa euro 26/100). Do przeliczeń w ramach alokacji przeznaczonej na realizację RPZ wykorzystano przelicznik 1 euro – 4,1808 zł, co daje kwotę 7 608 354,71 zł (słownie: siedem milionów sześćset osiem tysięcy trzysta pięćdziesiąt cztery złote 71/100), w tym:
  - koszty pośrednie (koszty zarządzania, wyliczone zgodnie z zapisami *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020*): 454 958,06 euro (słownie: czterysta pięćdziesiąt cztery tysiące dziewięćset pięćdziesiąt osiem euro 6/100) / 1 902 088,68 zł (słownie: jeden milion dziewięćset dwa tysiące osiemdziesiąt osiem złotych 68/100).

W Programie przedstawiono kwotę bez rezerwy wykonania oraz kwotę uwzględniającą możliwość do uzyskania rezerwy wykonania. Rezerwa wykonania przydzielona jest każdej Osi priorytetowej. W przypadku gdy do końca 2018 r. zostaną zrealizowane cele w ramach danej Osi priorytetowej – rezerwa wykonania może zostać zakontraktowana. W przypadku Programu

Polityki Zdrowotnej w zakresie zapobiegania rozwojowi próchnicy u dzieci i młodzieży wynosi 115 869,47 euro (tj. 484 427,10 zł). Należy wskazać, iż źródłem finansowania rezerwy wykonania są środki z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Koszty całkowite przewidziane na realizację programu zostały przewalutowane. Należy pamiętać, iż mogą wystąpić różnice w kursach walut, dlatego też wartości zaplanowanej kwoty na dany program mogą ulec zmianie.

Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014–2020.

Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet projektów. Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020* oraz *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020*.

### Planowane koszty całkowite

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

**Tabela 6. Szacunkowe założenia całkowitego budżetu programu bez rezerwy wykonania**

Szacunkowa populacja docelowa programu	Budżet programu przeznaczony na interwencję stomatologiczną	Szacunkowy koszt interwencji na uczestnika programu
około 27 538 osób	4 493 345,71 zł	około 163,17 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

**Tabela 7. Szacunkowe założenia całkowitego budżetu programu z rezerwą wykonania**

Szacunkowa populacja docelowa programu	Budżet programu przeznaczony na interwencję stomatologiczną	Szacunkowy koszt interwencji na uczestnika programu
około 27 538 osób	4 856 666,03 zł	około 176,36 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

**Poniższe wyliczenia kosztów są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości będą zależały od wniosków, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu.**

Koszty jednostkowe programu można podzielić na następujące elementy:

- koszty zarządzania projektem – koszty pośrednie;
- koszty interwencji stomatologicznych;
- koszty działań edukacyjnych.

Szczegółowe składowe opisano poniżej.

### **Koszty zarządzania programem**

Katalog kosztów oraz ich wysokość musi być zgodny z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020*. Wysokość kosztów jest maksymalną wartością przybliżoną. Ostatecznie będzie uzależniona od wartości poszczególnych projektów. Wysokość kosztów pośrednich regulują przedmiotowe wytyczne.

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków koszty pośrednie rozliczane są z wykorzystaniem następujących stawek ryczałtowych:

- 25% kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich\* do 830 tys. PLN włącznie,
- 20% kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich\* powyżej 830 tys. PLN do 1 740 tys. PLN włącznie,
- 15 % kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich\* powyżej 1 740 tys. PLN do 4 550 tys. PLN włącznie,
- 10% kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich\* przekraczającej 4 550 tys. PLN.

\* z pomniejszeniem kosztów racjonalnych usprawnień, o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans i męczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014–2020.

Koszty pośrednie mogą się różnić w zależności od projektów.

Pełny katalog tych kosztów został wskazany w *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020*.

#### **Koszty interwencji stomatologicznych:**

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

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

**Ostateczna wysokość kosztów jednostkowych poniesionych na uczestnika programu będzie zależała od indywidualnych potrzeb diagnostycznych poszczególnych osób biorących udział w programie. Poszczególne interwencje mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia.**

Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu winny być przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w programie.

#### **Koszty działań edukacyjnych**

Koszt pracy osoby prowadzącej wykłady wyniesie 400,00 zł za jedno spotkanie. Liczba jednostek administracyjnych, w których mogą odbyć się działania edukacyjne (JST) w województwie warmińsko-mazurskim wynosi 118 (liczba miast na prawach powiatu – 2; liczba gmin miejskich – 16; liczba gmin miejsko-wiejskich – 33; liczba gmin wiejskich – 67). Można zatem oszacować, że maksymalny koszt przeprowadzenia działań edukacyjnych wyniesie około 849 600 zł i tej wysokości środki zostaną zabezpieczone w budżecie programu na realizację działań edukacyjnych:

$$400,00 \text{ zł} \times 118 \text{ JST} \times 3 \text{ grupy} \times 2 \text{ razy w roku} \times 3 \text{ lata projektu} = 849 \text{ 600 zł}$$

Koszt jednostkowy wykładów, przy uwzględnieniu frekwencji na poziomie do 60% całej populacji możliwej do objęcia działaniami edukacyjnymi, będzie wynosił około 2,65 zł na uczestnika.

Planowany budżet całkowity bez rezerwy wykonania podsumowano w Tabeli 8.

**Tabela 8. Planowany budżet całkowity bez rezerwy wykonania**

Rodzaj kosztów	Kwota
Koszty świadczeń stomatologicznych	4 493 345,71 zł
Koszty działań edukacyjnych	849 600,00 zł
Razem koszt interwencji	5 342 945,71 zł
Koszty pośrednie	1 780 981,90 zł
<b>Koszty łączne bez rezerwy wykonania</b>	<b>7 123 927,61 zł</b>

Źródło: opracowanie własne.

Planowany budżet całkowity z rezerwą wykonania podsumowano w Tabeli 9.

**Tabela 9. Planowany budżet całkowity z rezerwą wykonania**

Rodzaj kosztów	Kwota
Koszty świadczeń stomatologicznych	4 856 666,03 zł
Koszty działań edukacyjnych	849 600,00 zł
Razem koszt interwencji	5 706 266,03 zł
Koszty pośrednie	1 902 088,68 zł
<b>Koszty łączne z rezerwą wykonania</b>	<b>7 608 354,71 zł</b>

Źródło: opracowanie własne.

Koszt całkowity realizacji badania będzie zależny od wyceny przedstawionej przez beneficjentów realizujących program w procedurze konkursowej, a także od ostatecznej

liczebności populacji uczestniczącej. Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu winny być przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w programie.

#### **Źródła finansowania, partnerstwo**

Program będzie finansowany w 85% ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Środki pochodzące z budżetu państwa stanowią 10%. Wkład własny beneficjenta, dla tego typu projektu, musi wynosić co najmniej 5%.



## 7. Bibliografia

1. World Health Organization: *Oral Health*; <http://www.who.int/en> [dostęp: 13.03.2018].
2. National Institute of Dental and Craniofacial Research: Dental and Perodontal Infections, Chapter 3; <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgr/chap3.htm> [dostęp: 13.03.2018].
3. Kaczmarek U.: Aspekt bakteryjny próchnicy zębów mlecznych, *Dent. Med. Probl.* 2004; 41 (3): 509–514.
4. Dental Health Foundation: *Oral Health and Disease Prevention*, Ireland; <http://www.dentalhealth.ie/dentalhealth/causes/diseaseprevention.html> [dostęp: 13.03.2018].
5. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15.05.2007.
6. Petersen P.E.: Sociobehavioral risk factors in dental caries – international perspectives, *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 274–279.
7. Mayo Clinics: *Cavities/Tooth Decay*; <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cavities/basics/complications/con-20030076> [dostęp: 13.03.2018].
8. Zawada Ł., Matuszewska A., Chrzęszczy D., Konopka T.: Utrata zębów u dorosłych mieszkańców Wrocławia, *Dent. Med. Probl.* 2012; 49 (3): 391–398.
9. Pawka B., Dreher P., Herda J. i wsp.: Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym, *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010; 91 (1):5–7.
10. Minister Zdrowia: *Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015*; [http://www.mz.gov.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/5620/13monitjamyust\\_progr2013\\_20130510.pdf](http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0013/5620/13monitjamyust_progr2013_20130510.pdf) [dostęp: 14.03.2018].
11. Buczkowska W., Stanios E.: Profilaktyka próchnicy, *ABC Zdrowie*; <https://portal.abczdrowie.pl/profilaktyka-prochnicy> [dostęp: 13.03.2018].
12. Moreira R.S.: *Epidemiology of Dental Caries in the World*, Brasil 2012; <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/29340.pdf> [dostęp: 14.03.2018].
13. Eurobarometer 330: *Oral Health, Raport 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: 13.03.2018].
14. Patel R.: *Dental Advisor. Oral Health in Europe 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: 14.03.2018].

15. Raciborski F., Walkiewicz A., Kłak A., Gawińska E.: *Program zdrowotny „Profilaktyka stomatologiczna”*, Kleszczów 2014.
16. Piątkowska D.: *Zarys kariologii*, Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2002.
17. Szatko F.: Ocena każdego systemu/podsystemu opieki zdrowotnej, w tym dentystycznego, koncentruje się głównie na skuteczności, tj. na stopniu realizacji celów zdrowotnych, jakie przewidziano do osiągnięcia w określonym przedziale czasowym, *Gazeta Lekarska* 2008–2010.
18. 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: 13.03.2018].
19. Woynarowska B., Oblacińska A.: Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne, *Studia BAS* 2014; 2 (38): 41–64.
20. Najwyższa Izba Kontroli: *Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych*, nr ewid. 131/2013/P/12/124/K.
21. IPSOS Marketing: *Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych*, marzec 2013; [http://www.pck.pl/media/repository/2014/cz1/Raport\\_Ipsos\\_Chron\\_Dzieciece\\_Usmiechy\\_s\\_krot.pdf](http://www.pck.pl/media/repository/2014/cz1/Raport_Ipsos_Chron_Dzieciece_Usmiechy_s_krot.pdf) [dostęp: 17.03.2018].
22. IPSOS Marketing: *Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych*, marzec 2014; [http://www.pck.pl/media/repository/2015/cz\\_1/Raport\\_Ipsos\\_Chron\\_Dzieciece\\_Usmiechy\\_edycja\\_2.pdf](http://www.pck.pl/media/repository/2015/cz_1/Raport_Ipsos_Chron_Dzieciece_Usmiechy_edycja_2.pdf) [dostęp: 14.03.2018].
23. Śmigiel P., *Chroń dziecięce uśmiechy 2016*; <http://olsztyn.pck.org.pl/aktualnoci/622-chro-dzieciece-umiechy-2016.html> [dostęp: 11.03.2018].
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. z 2013 r., poz. 1462.
25. *Informacja prasowa dla Światowego Dnia Zdrowej Jamy Ustnej 2015*; [http://www.pck.pl/media/repository/2015/cz\\_1/Swiatowy\\_Dzien\\_Zdrowia\\_Jamy\\_Ustnej\\_informacja\\_prasowa.pdf](http://www.pck.pl/media/repository/2015/cz_1/Swiatowy_Dzien_Zdrowia_Jamy_Ustnej_informacja_prasowa.pdf) [dostęp: 13.03.2018].
26. Hobdell M., Petersen P.E., Clarkson J., Johnson N.: Global goals for oral health 2020, *Int. Dent. J.* 2003; 53: 285–288.
27. World Health Organization Regional Office in Europe: *Health21. The Health for all Policy Framework for the WHO European Region*, Copenhagen 1999.
28. Małkiewicz E.H., Borkowska T., Wierzbicka M.: Świadomość stomatologiczna i zachowania zdrowotne opiekunów dzieci zainteresowanych programami profilaktycznymi, *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012; 93 (1): 90–96.

29. Skonieczna J., Jankowska M., Olejniczak D., Boratyński W.: Zachowania higieniczne dzieci w wieku przedszkolnym w ocenie rodziców, *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5 (9): 109–116.
30. Dziennik internetowy Newseria, reportaż *Polska należy do czołówki krajów z największą liczbą dzieci dotkniętych próchnicą. Problem ten dotyczy blisko 90 proc. polskich sześciolatek*; [http://www.lifestyle.newseria.pl/newsy/polska\\_nalezy\\_do,p43559669](http://www.lifestyle.newseria.pl/newsy/polska_nalezy_do,p43559669) [dostęp: 13.03.2018].
31. Poślad J.: *Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie szczotkowania zębów przez dzieci w przedszkolach*, Warszawa 2013.
32. Medonet: *Z próchnicą walczy się od pierwszego zęba*; <http://www.medonet.pl/zdrowie-na-co-dzien,artykul,1664555,2,z-prochnica-walczy-sie-odpierwszego-zeba,index.html> [dostęp: 13.03.2018].
33. Stomatologia News: *Polscy eksperci na rzecz zdrowia jamy ustnej*; <http://stomatologianews.pl/polscy-eksperci-rzecz-zdrowia-jamy-ustnej/> [dostęp: 17.03.2018].
34. World Dental Federation: *Oral Health Worldwide. Report 2014*; [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: 17.03.2018].
35. Korpowicz E., Jasiński P.: Wskazania do uszczelniania bruzd i zagłębień anatomicznych zębów w świetle współczesnej literatury, *Nowa Stom.* 2013; 4: 175–179. 31.
36. Hobdell M., Petersen P.E., Clarkson J., Johnson N.: Global Goals for Oral Health 2020, *International Dental Journal* 2003; 53: 285–288.
37. Kiene B.: *Dialog o Profilaktyce*, czasopismo praktycznej profilaktyki jamy ustnej, wydanie 2012/2013; [http://www.gaba-dent.pl/data/docs/pl\\_PL/8459/PD-Poland-2012.pdf](http://www.gaba-dent.pl/data/docs/pl_PL/8459/PD-Poland-2012.pdf) [dostęp: 11.03.2018].
38. Weyna E., Buczkowska-Radlińska J., Grocholewicz K.: Bezpieczeństwo profilaktyki fluorkowej w świetle wiedzy studentów i lekarzy oraz dowodów naukowych, *Czas Stomat.* 2005; LVIII (6): 397–403.
39. Johnson M.F.: Comparative Efficacy of NaF and SMFP Dentifrices in Caries Prevention: A Meta-Analytic Overview, *Caries Res.* 1993; 27: 328–336. 35.
40. Kimmelman B.: Fluoride Is There a Limit, *Compendium Contin, Educ. Dent.* 1995; 16 (4): 376–386.
41. Manowiec J., Lisiecka K., Suszczewicz A.: Wpływ programu profilaktycznego realizowanego u dzieci przedszkolnych na liczbę *Streptococcus mutans* i *Lactobacillus* w ślinie, *Dent. Med. Probl.* 2003; 40 (2): 281–286.
42. Duszkiewicz P., Światała J.: Analiza porównawcza wiedzy stomatologicznej dzieci w wieku przedszkolnym z dużego i małego miasta, *Nowa Stomatologia* 2014; 2: 70–76.

43. Szatko F., Rabęda A., Bromblik A.: Ocena skuteczności systemu opieki stomatologicznej na podstawie analizy porównawczej stanu uzębienia i potrzeb stomatologicznych dzieci w wieku przedszkolnym, *Czas. Stomatol.* 2008; 61 (1): 61–68.
44. *World Oral Health Day, Live Mouth SMART. PRZEWODNIK 2017*; [http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/125187/choroby-jamy-ustnej-przewodnik-FDI-sDZJU.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0006/125187/choroby-jamy-ustnej-przewodnik-FDI-sDZJU.pdf) [dostęp: 17.03.2018].
45. Fundacja Wiewiórki Julii: *Projekt: Dentobus*; <http://wiewiorkajulia.pl/dentobus/o-projekcie/> [dostęp: 13.03.2018].
46. Colgate, Ogólnoświatowy program edukacyjny: *Radosny uśmiech, radosna przyszłość*; <http://sp4-tbg.pl/index.php/inf-konk/akcje/430-program-edukacyjny-colgate> [dostęp: 13.03.2018].
47. Polski Krzyż Czerwony: *Chroń dziecięce uśmiechy*; [http://www.pck.pl/pages,10\\_300.html](http://www.pck.pl/pages,10_300.html) [dostęp: 13.03.2018].
48. AOTM: *Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 131/2012 z dnia 16 lipca 2012 o projekcie programu „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci z rocznika 2003 na terenie gminy miejskiej Łaziska Górne”.*
49. AOTM: *Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 27/2013 z dnia 18 lutego 2013 r. o projekcie programu „Program profilaktyki stomatologicznej dla dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie gminy Aleksandrów”.*
50. AOTM: *Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 293/2013 z dnia 10 grudnia 2013 r. o projekcie „Program profilaktyki stomatologicznej prowadzony w latach 2013–2015 obejmujący dzieci z gminy Brwinów w wieku 6–9 lat”.*
51. Jodkowska E., Wierzbicka M., Rusyan E., Struzycka i wsp.: Publiczny program zapobiegania próchnicy w Polsce u dzieci w wieku 5, 7 i 15 lat, realizowany w roku 2011, *Przegl. Epidemiol.* 2013; 67: 765–768.
52. Wojewoda A.: *Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa warmińsko-mazurskiego*, Olsztyn 2018; [http://www.olsztyn.uw.gov.pl/images/stories/zdrowie/mapa/2016/08/Priorytety\\_dla\\_Regionalnej\\_Polityki\\_Zdrowotnej\\_\\_Wojew%C3%B3dztwa\\_Warmi%C5%84sko-Mazurskiego\\_.pdf](http://www.olsztyn.uw.gov.pl/images/stories/zdrowie/mapa/2016/08/Priorytety_dla_Regionalnej_Polityki_Zdrowotnej__Wojew%C3%B3dztwa_Warmi%C5%84sko-Mazurskiego_.pdf) [dostęp: 17.03.2018].
53. Pierzynowska E., Dybiżbańska E., Zawadziński M., Ganowicz M., Wierzbicka M.: Ocena stanu uzębienia i stomatologicznych potrzeb leczniczych u dzieci w wieku 12 lat w Polsce w 2003 roku, *Borgis – Nowa Stomatologia* 2004; 2: 73–79.
54. *Mapa potrzeb zdrowotnych dla województwa warmińsko-mazurskiego*; [http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/12/29\\_stomato\\_warminsko-mazurskie.pdf](http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/12/29_stomato_warminsko-mazurskie.pdf) [dostęp: 17.03.2018].

55. Kruszewska M.: *Epidemia próchnicy w Polsce. Lekarze alarmują: dramat w opiece stomatologicznej nad dziećmi*; [http://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiLz-OG2vXZAhWIBZoKHWswARkQFggpMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nil.org.pl%2Faktualnosci%2Fkonferencja-prasowa-w-nil-epidemia-prochnicy-w-polsce.-lekarze-alarmuja-dramat-w-opiece-stomatologicznej-nad-dziecmi.&usg=AOvVaw1tHrAezEXuVg\\_6U\\_05nzFJ](http://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiLz-OG2vXZAhWIBZoKHWswARkQFggpMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nil.org.pl%2Faktualnosci%2Fkonferencja-prasowa-w-nil-epidemia-prochnicy-w-polsce.-lekarze-alarmuja-dramat-w-opiece-stomatologicznej-nad-dziecmi.&usg=AOvVaw1tHrAezEXuVg_6U_05nzFJ) [dostęp: 18.03.2018].
56. IPSOS Marketing: *Badanie przesiewowe stanu uzębienia wśród dzieci ze szkół podstawowych*, grudzień 2015; [http://mojorbit.pl/docs/wrigley\\_raport\\_29-12-2015\\_fin.pdf](http://mojorbit.pl/docs/wrigley_raport_29-12-2015_fin.pdf) [dostęp: 18.03.2018].
57. Naczelna Izba lekarska: *Prezes NFZ na posiedzeniu Prezydium NRL o finansowaniu stomatologii*; <https://www.nil.org.pl/aktualnosci/prezes-nfz-na-posiedzeniu-prezydium-nrl-o-finansowaniu-stomatologii> [dostęp: 26.03.2018].
58. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r., nr 151, poz. 896; <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111510896> [dostęp: 26.03.2018].
59. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2010 r., nr 252, poz. 1697; <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20102521697> [dostęp: 26.03.2018].
60. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739; <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2012/739/1> [dostęp: 26.03.2018].
61. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie, Dz. U. z 2002 r., nr 75, poz. 690; <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20020750690> [dostęp: 26.03.2018].
62. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. z 2013 r., poz. 1462; <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001462> [dostęp: 26.03.2018].
63. Program Ministra Zdrowia na lata 2010–2012: *Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010–2012*; [https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjFzqLrjq3bAhVHICwKHZ\\_fCFUQFggpMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.profilaktyka.lodzkie.pl%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fimce%2Fpolityka\\_zdrowotna%2Fmonitorowanie\\_st](https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjFzqLrjq3bAhVHICwKHZ_fCFUQFggpMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.profilaktyka.lodzkie.pl%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fimce%2Fpolityka_zdrowotna%2Fmonitorowanie_st)

anu\_zdrowia\_jamy\_ustnej\_populacji\_polskiej\_w\_latach\_2010-  
2012.pdf&usg=AOvVaw29SCuZy4jnib\_iROsa6f21 [dostęp: 26.05.2018].

## 8. Załączniki - przykładowe dokumenty do wykorzystania przez Beneficjentów

### Załącznik nr 1

#### Zgoda na udział w programie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci z województwa warmińsko-mazurskiego

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka .....  
(imię i nazwisko dziecka)  
w programie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci z województwa warmińsko-mazurskiego.

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

**Podpis przedstawiciela ustawowego**

**Podpis dziecka:**

.....

.....

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, wieku przez XXXXXXXXXXXXX jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

**Pacjent biorący udział w badaniu:**

.....

.....

Imię i nazwisko **pacjenta** (drukowanymi literami)    podpis pacjenta    data złożenia podpisu

(podpis opiekuna pacjenta)    (ręką pacjenta/opiekuna)

ORYGINAŁ/KOPIA

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





**Załącznik nr 2**

.....  
(pieczęćka podmiotu realizującego program)

**Sprawozdanie częściowe z realizacji programu**  
do umowy z dnia ..... r. z realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego  
na lata 2018–2021 w zakresie zapobiegania rozwojowi próchnicy u dzieci i młodzieży  
z terenu województwa warmińsko-mazurskiego  
w okresie od dnia ..... r. do dnia ..... r.

.....  
(nazwa placówki realizującej Program)

<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**

.....  
(pieczęćka podmiotu realizującego program)

**Sprawozdanie końcowe z realizacji programu**

do umowy z dnia ..... r. z realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego  
na lata 2018–2021 w zakresie zapobiegania rozwojowi próchnicy u dzieci i młodzieży  
z terenu województwa warmińsko-mazurskiego  
w okresie od dnia ..... r. do dnia ..... r.

.....  
(nazwa placówki realizującej Program)

<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 dzieci 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



