RADA GMINY PANKI
ul. Tysiąclecia Nr 5
42-140 Panki

UCHWAŁA NR 33.240.2017
RADY GMINY PANKI

z dnia 29 listopada 2017 roku

w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 8-11 lat z gminy Panki"

Na podstawie art.18 ust.1 w związku z art.7 ust.1 pkt.5 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2017,poz.1875) oraz art.7 ust.1 pkt.1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1938 z późn.zm.)

Rada Gminy Panki
uchwala co następuje:

§ 1.

1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 8-11 lat z gminy Panki" stanowiący załącznik do uchwały.
2. Program realizowany będzie w latach 2018-2020.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Panki.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życiem z dniem podjęcia

PRZEWODNICZĄCA RADY
Urszula Bujak

RADA GMINY PANKI
ul. Tysiąclecia Nr 5
42-140 Panki

Załącznik
do Uchwały Nr 33.240.2017
Rady Gminy Panki
z dnia 29 listopada 2017 roku

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 8-11 lat z gminy Panki"

1. **Nazwa programu :**

   Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 8-11 lat z gminy Panki

2. **Okres realizacji programu :** 2018 – 2020

3. **Autorzy programu :** mgr Karolina Sobczyk, dr. n. med. Joanna Woźniak-Holecka

4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

   Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu realizowanego w poprzednim okresie.

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Problem zdrowotny:

Próchnica definiowana jest jako miejscowe zniszczenie tkanki zęba przez kwasy organiczne produkowane przez bakterie. Diagnostykę procesu próchnicowego opiera się na kilku połączonych wynikach badań, do których należą: obecność aktywnej bakteryjnej płytki nazębnej na powierzchni zęba, zmiana w przezierności szkliwa i jego struktury na powierzchni oraz ubytek w zębie[1]. Próchnica rozwija się kiedy procesy demineralizacyjne przeważają nad remineralizacyjnymi. W etiologii tej jednostki chorobowej podkreśla się wieloetapowość – początkowo w związku z utratą związków mineralnych pojawiają się zmiany na poziomie ultrastrukturalnym, przechodzące wraz z upływem czasu w otwarte ubytki szkliwa oraz dochodzące do miazgi zęba. Za końcowe stadium próchnicy uznaje się utworzenie ubytku[2].

Pojawienie się próchnicy wymaga jednoczesnego występowania kilku określonych czynników etiologicznych, wśród których wymienia się[3]:

- obecność bakterii próchnicotwórczych w płytce nazębnej,
- podatne szkliwo (niedostateczną mineralizację tkanki zęba),
- obecność w jamie ustnej dostarczanych z dietą węglowodanów,
- czas (wolny rozwój procesu próchnicowego).

Do rozwoju próchnicy przyczynia się wiele mikroorganizmów, w tym głównie te bytujące w środowisku kwaśnym (niskie pH) i syntetyzujące kwasy organiczne, wielocukry oraz zewnątrzkomórkowe nierozpuszczalne dwucukry o dużej lepkości. Do drobnoustrojów próchnicotwórczych występujących w jamie ustnej człowieka zaliczane są Gram-dodatnie ziarenkowce (Streptococcus mutans i Streptococcus sobrinus) oraz Gram-dodatnie pałeczki (Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus rhamnosus, Actinomyces spp.). Za inicjowanie procesu próchnicowego odpowiada gatunek Streptococcus mutans, natomiast pozostałe wymienione gatunki sprzyjają pogłębianiu się ubytku[4].

---

[1] Fejerskov O. i Kidd E.: Próchnica zębów. Choroba próchnicowa i postępowanie kliniczne, Urban&Partner, Wrocław 2006; 103-113.

[2] Marsh PD, Martin M. Mikrobiologia jamy ustnej, PWN, Warszawa 1994.

[3] Szymaniak E. Etiologia próchnicy. (w:) Jańczak (red.), Stomatologia Zachowawcza. Zarys Kliniczny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1995, 157-177.

[4] Shu M, Wong L, Miller JH, Sissons CH: Development of multi-species consortia biofilms of oral bacteria as an enamel and root caries model system. Arch Oral Biol. 2000; 45:27-40.

Próchnica zębów jest transmisyjną chorobą infekcyjną, uznawaną za współczesną chorobę cywilizacyjną. Wśród czynników ryzyka jej powstania u dzieci wymienia się[5]:

- czynniki socjodemograficzne: niski dochód rodziny, bezrobocie rodziców, niski poziom wykształcenia rodziców, zamieszkanie na terenie wiejskim, imigracja;
- czynniki dietetyczne: długi okres karmienia piersią, wysokie spożycie cukru w niemowlęctwie (w tym jedzenie i picie napojów zawierających cukier w nocy), częste spożywanie słodyczy, jedzenie i picie soków owocowych lub słodkich napojów przed zaśnięciem, wysoka liczba oraz wątpliwa jakość odżywcza przekąsek, niskie spożycie magnezu, wysokie dzienne spożycie cukru, wysokie dzienne spożycie mleka, częste spożywanie gazowanych napojów;
- czynniki higieniczne: późny wiek rozpoczęcia szczotkowania zębów, zaniedbywanie codziennego szczotkowania zębów, niska częstotliwość szczotkowania zębów, brak udziału bądź nadzoru rodziców przy szczotkowaniu zębów, nieużywanie past z fluorem, zaniechanie czyszczenia zębów przed snem;
- czynniki związane z florą bakteryjną: obecność Streptococcus mutans (SM), obecność Lactobacillus acidophilus (LA), liczebność SM, transmisja bakterii matka – dziecko;
- inne czynniki: zła higiena jamy ustnej rodziców, zły stan uzębienia rodziców, niski poziom fluoru w wodzie, późny wiek pierwszego badania dentystycznego, nieregularne kontrole dentystyczne, częste zachorowania, stany gorączkowe i przyjmowanie leków w postaci lepkich syropów.

Aktualne metody stosowane w wykrywaniu próchnicy obejmują inspekcję wizualną i dotykową, radiografię oraz transiluminację. Ponadto w ciągu ostatnich 20 lat do wykrywania oraz ilościowego określania mineralnej zawartości szkliwa wprowadzono metody fluorescencji laserowej oraz indukowanej światłem, opierające się na różnicy w charakterystykach fluorescencji (utracie fluorescencji) zdemineralizowanego szkliwa z powodu rozproszenia światła w zmianie próchnicowej[6].

Aby ocenić zaawansowanie procesu próchnicowego, najczęściej wykorzystuje się liczbę PUW/puw i jej składowe. Stan uzębienia oznacza się literami[7]:

---

[5] Turska-Szybka A., Grudziąż-Sękowska J., Olczak-Kowalczyk D.: Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa i indywidualna ocena poziomu ryzyka na podstawie CAMBRA, Nowa Stomatologia 3/2011, s. 119-127.

[6] Manton D., Drummond B., Kilpatrick N.: Próchnica zębów, W: A.C. Cameron, R.P. Widmer (red): Stomatologia dziecięca. Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 39-52.

[7] Broadbentcorresponding J.M., Thomson W.M., For debate: problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis, Community Dent Oral Epidemiol. 2005 Dec; 33(6): 400–409.

- P/p – ząb z jednym lub kilkoma ubytkami próchnicy pierwotnej i/lub wtórnej, na powierzchni żującej lub gładkiej zęba, przy czym dno ubytku badane zgłębnikiem jest bardziej miękkie niż tkanki zęba, a miazga może być żywa lub martwa (ząb z czasowym opatrunkiem traktuje się również jak próchniczy, natomiast do próchnicy nie kwalifikuje się zębów z plamami i przebarwieniami innego pochodzenia oraz z niedorozwojem szkliwa),
- U/u – ząb usunięty z powodu próchnicy (w uzębieniu mlecznym usunięty ząb rejestruje się tylko wtedy, kiedy jego brak występuje przed okresem fizjologicznej eksfoliacji),
- W/w – ząb z jednym lub więcej wypełnieniami, ale bez próchnicy wtórnej (ząb pokryty koroną z powodu próchnicy kwalifikuje się też jako wypełniony).

Zęby stałe oznacza się dużymi literami P, U, W, a mleczne małymi – p, u, w. Liczba PUW oznacza zatem sumę zębów stałych z aktywną próchnicą, usuniętych oraz wypełnionych z powodu próchnicy, natomiast liczba puw sumę zębów mlecznych z aktywną próchnicą, usuniętych oraz wypełnionych z powodu próchnicy[8]. Badając zjawisko próchnicy pod kątem epidemiologii wskazuje się także na częstość występowania (frekwencję) próchnicy - wylicza się ją przez pomnożenie przez 100 ilorazu liczby osób dotkniętych próchnicą (PUW/puw>0) oraz liczby osób badanych. Ponadto do oceny skuteczności działań terapeutycznych stosuje się wskaźnik leczenia próchnicy (DTI – Dental Treatment Index)[9].

2. Epidemiologia:

Według danych WHO nieleczona próchnica zębów stałych stanowi najbardziej rozpowszechniony patologiczny stan zdrowotny na świecie i dotyczy ok. 2,4 mld ludzi. Próchnica zębów mlecznych z kolei znajduje się w pierwszej dziesiątce takich stanów wśród dzieci, dotykając ponad 620 mln z nich[10].

Stan zdrowotny uzębienia dzieci w Polsce pozostaje bardzo zły i różni się znacząco od stanu obserwowanego w innych krajach europejskich. Problem próchnicy w Polsce dotyczy wg danych WHO dotyczy ok. 87% dzieci 6-letnich, podczas gdy w przypadku Danii i Francji jest

[8] Ibidem.
[9] Słowik-Gabryelska A., Stępień-Słodkowska M., Częstość występowania próchnicy u dzieci, Prace Instytutu Kultury Fizycznej Nr 27, nr 631, 2010, s. 107-120.
[10] Dane WHO: Global burden of oral diseases [dokument elektroniczny, www.who.int]

to mniej niż 25%, dla Norwegii i Włoch mniej niż 40%, a w przypadku Austrii, Wielkiej Brytanii i Łotwy mniej niż 60%[11].

Zgodnie z badaniami epidemiologicznymi Ministerstwa Zdrowia za rok 2012 problem próchnicy dotyczy 85,6% dzieci 6-letnich, w tym w przypadku ok. 37% obejmuje 7 lub więcej zębów mlecznych. Odsetek dzieci 6-letnich z usuniętym z powodu próchnicy co najmniej jednym zębem mlecznym kształtuje się na poziomie ok. 6%. Ponadto wskaźnik SIC (średnia liczba zębów z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy u 1/3 badanej populacji o najcięższym przebiegu choroby) w tej grupie wynosi 10. Dzieci w tym wieku posiadają średnio 4 zęby stałe, a wskaźnik skuteczności leczenia zachowawczego tych zębów wynosi jedynie 0,18. Próchnica zębów dotyczy także ok. 80% dzieci 12-letnich, wśród których ok. 29% dotyczy próchnica 5 lub więcej zębów stałych, a kolejnych 26% - 3-4 zębów. Średnia liczba zębów stałych w tej grupie wiekowej wynosi 25, a wskaźnik skuteczności leczenia zachowawczego tych zębów wynosi 0,5 (50% skuteczność). Wskaźnik SIC (średnia liczba zębów z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy u 1/3 badanej populacji o najcięższym przebiegu choroby) w tej grupie wynosi 7,4[12].

3. Populacja podlegająca JST oraz kwalifikująca się do włączenia do programu

Zgodnie z danymi Urzędu Gminy Panki gminę zamieszkuje 5 066 tys. osób, w tym 233 dzieci będących w wieku 8-11 lat w pierwszym roku realizacji programu (2018)[13].

4. Obecne postępowanie

W związku ze skalą populacyjną problemu próchnicy Ministerstwo Zdrowia realizuje obecnie program polityki zdrowotnej pn. „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020". Program stanowi kontynuację działań zainicjowanych z końcem ubiegłego wieku i opiera się na badaniach epidemiologicznych i socjomedycznych określonych grup wiekowych populacji. Wśród celów głównych wskazuje się ocenę stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych, a także badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych,

[11] Dane WHO: Global Oral Data Bank 2000-2006 oraz dane z Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Jamy Ustnej i jego Uwarunkowań. 2008r. Wierzbicka M i współ.
[12] Dane Ministerstwa Zdrowia. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020 [dokument elektroniczny: www.mz.gov.pl].
[13] Stan na 31.12.2016.

organizacyjnych i kulturowych warunkujących stan zdrowia stwierdzony w badaniach stomatologicznych[14].

W gminie Panki nie jest obecnie realizowany program zdrowotny o wskazanej tematyce, natomiast wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy można wymienić m.in.:

- PPZ pn. „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci w wieku 12 i 13 lat, zamieszkałych na terenie Gminy Sędziszów Małopolski" (2017-2020);
- PPZ pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-12 lat z terenu gminy Wieruszów na lata 2016-2018";
- PPZ pn. „Program profilaktyki próchnicy dla dzieci w wieku 8 lat z terenu gminy Dobroń" (2017).

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Próchnica stanowi istotny problem zdrowotny w populacji dzieci i młodzieży, co odzwierciedlają bardzo niepokojące wskaźniki epidemiologiczne opisane wyżej w części dotyczącej epidemiologii. Dostęp do usług w specjalizacji stomatologia ogólna dla dzieci i młodzieży finansowanych przez NFZ jest w województwie śląskim bardzo ograniczony – zgodnie z danymi płatnika na rok 2017 zawarto jedynie 17 umów na realizację ww. świadczeń, w tym najbliżej gminy Panki w Częstochowie (odległość ok. 35km). W przypadku świadczeń ogólnostomatologicznych w gminie Panki zawarto jedynie jedną umowę[15]. W związku z powyższym mieszkańcy gminy są w dużej mierze zmuszeni do korzystania z usług stomatologicznych na zasadzie pełnej odpłatności w ramach rynku prywatnego. Uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do usług stomatologicznych dla dzieci pozwoli na zwiększenie wskaźnika zgłaszalności na rutynowe badania stomatologiczne.

Przewidziane w programie badanie stomatologiczne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej jest świadczeniem gwarantowanym, jednakże w związku ze wskazanymi wyżej trudnościami w dostępie do tych świadczeń oraz dużym rozpowszechnieniem problemu próchnicy zębów wśród dzieci realizacja wskazanych interwencji jest zasadna i będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń istniejących. Ponadto należy zaznaczyć, iż planowane lakowanie zębów szóstych stanowi świadczenie gwarantowane jedynie do ukończenia 8 roku życia, natomiast populację docelową w programie stanowią dzieci w wieku 8-11 lat. Lakowanie

[14] Dane Ministerstwa Zdrowia. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020 [dokument elektroniczny: www.mz.gov.pl].
[15] Informator o umowach NFZ, aplikacje.nfz.gov.pl [dostęp elektroniczny, 24.04.2017r.].

zębów siódmych nie stanowi świadczenia gwarantowanego. Wszystkie wymienione w projekcie programu działania są zgodne z zaleceniami oraz rekomendacjami w zakresie profilaktyki stomatologicznej.

Na niewystarczające działania w zakresie edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, a w szczególności brak odpowiednich programów profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia zwraca uwagę Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Instytucja ta również zwraca uwagę na niewystarczający dostęp do profilaktycznych świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych, z których w roku 2011 skorzystało niespełna 3% populacji dzieci i młodzieży. NIK w swoim raporcie wskazuje, iż nieodzownym w walce z problemem próchnicy jest zaangażowanie m.in. jednostek samorządów terytorialnych, czego wyrazem jest zaplanowany przez gminę Panki program polityki zdrowotnej[16].

Zakres programu jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych – priorytet 10: zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia[17];
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020 - cel operacyjny 4: Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki (cel 2.1: Prowadzenie działań zapobiegawczych; pkt. 4: prowadzenie zintegrowanej, skojarzonej profilaktyki próchnicy zębów, w tym organizacja bezpłatnej opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży)[18].
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie śląskim - priorytet 3: Wydłużenie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym (cel 2: Rozwój opieki profilaktycznej nad dziećmi w szczególności w wieku szkolnym, w tym opieki stomatologicznej)[19].

---

[16] Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, KZD-4101-04/2012, Nr ewid. 131/2013/P/12/124/K.

[17] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126]

[18] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

[19] „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie", Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 30.06.2016.

II. CELE PROGRAMU

1. **Cel główny**: Zmniejszenie częstości występowania próchnicy wśród dzieci z populacji docelowej poprzez zintegrowane działania edukacyjne i profilaktyczne.

2. **Cele szczegółowe**:

1) Wzrost liczby dzieci w wieku 8-10 lat podlegających stomatologicznej okresowej kontroli jamy ustnej.
2) Ocena intensywności oraz frekwencji występowania próchnicy w populacji docelowej.
3) Wzrost liczby dzieci oraz rodziców/opiekunów prawnych, u których zwiększyła się wiedza i świadomość zdrowotna w zakresie profilaktyki próchnicy zębów.
4) Wzrost liczby dzieci oraz rodziców/opiekunów prawnych, u których doszło do wykształcenia sprzyjających zapobieganiu próchnicy prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych.

3. **Oczekiwane efekty**:

Oczekuje się, że cykliczne, coroczne interwencje stomatologiczne w populacji dzieci w wieku szkolnym w Gminie Panki przełożą się na zmniejszenie częstości występowania próchnicy w tej grupie. W związku z zaplanowanymi interwencjami edukacyjnymi oczekuje się także wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki próchnicy zębów wśród dzieci oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, a także zmiany nawyków higienicznych i żywieniowych w kierunku prozdrowotnych wśród dzieci z grupy docelowej. Ponadto w związku z pozytywnymi doświadczeniami uczestników programu, a także prowadzoną akcją informacyjno-edukacyjną oczekuje się zwiększenia stopnia korzystania ze świadczeń stomatologicznych nie tylko wśród dzieci z populacji docelowej, ale też ze starszych grup wiekowych.

4. **Mierniki efektywności odpowiadające celom programu**:

1) Liczba dzieci uczestniczących rocznie w programie (wd. 233 w 2018r., 212 w 2019r., 200 w 2020r.),
2) Odsetek populacji docelowej uczestniczącej w programie (wd. 100%),
3) Odsetek populacji docelowej podlegającej lakowaniu bruzd zębów trzonowych (wd. 85% w 2018r., 100% w 2019 i 2020r.),

4) Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy o próchnicy i jej profilaktyce oraz nawyków higienicznych i żywieniowych wśród dzieci (wd. wzrost 30%),
5) Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy o próchnicy i jej profilaktyce wśród rodziców (wd. wzrost 30%),
6) Wskaźnik frekwencji próchnicy – odsetek dzieci w populacji docelowej, u których wykryto próchnicę (wd. 80%)
7) Wskaźnik nasilenia próchnicy PUW/puw (spadek o 30% w populacji dzieci 10 i 11-letnich w III roku realizacji programu w odniesieniu do 10 i 11-latków w I roku realizacji programu oraz analogicznie w kolejnych latach)

III. ADRESACI PROGRAMU

Działania edukacyjne w ramach programu będą skierowane do dzieci w wieku 8-11 lat oraz ich rodziców/opiekunów prawnych. Działania prowadzone w ramach profilaktyki stomatologicznej będą skierowane do dzieci w wieku 8-11 lat.

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

W ramach prowadzonych działań każdego roku planuje się objąć programem wszystkie dzieci w wieku 8-11 lat (100% populacji w danej grupie wiekowej zgodnie z danymi Urzędu Gminy Panki). Łącznie w latach 2018-2020 program obejmie wszystkie dzieci urodzone w latach 2007-2012 (319 dzieci).

W ramach akcji z zakresu edukacji zdrowotnej planuje się objąć programem wszystkie dzieci w wieku 8-11 lat (319 dzieci) oraz ok. 600 osób, będących rodzicami małoletnich beneficjentów programu. Badaniem stomatologicznym zostaną objęte wszystkie dzieci ze wskazanej grupy wiekowej. Działaniem w ramach profilaktyki stomatologicznej zostaną objęte wszystkie dzieci, u których do tej pory nie wykonywano zabiegu lakowania bruzd zębów trzonowych lub doszło u nich do częściowej/całkowitej utraty laku.

2. Tryb zapraszania do programu:

1) zaproszenia skierowane do rodziców/opiekunów prawnych:

- przekazywane za pośrednictwem dzieci w formie rozdanych ulotek informacyjnych,
- przekazywane podczas zebrań dla rodziców przez nauczycieli – wychowawców klas szkolnych w formie rozdanych ulotek informacyjnych,
- przekazywane bezpośrednio podczas wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na przeciwdziałanie próchnicy;

2) informacja w szkołach podstawowych, do których uczęszczają dzieci (informacje opublikowane w formie plakatów oraz w formie komunikatów na stronie internetowej);

3) informacja w podmiocie leczniczym realizującym program (informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej);

4) informacja w Urzędzie Gminy Panki (informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej).

III. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

1) wybór osób odpowiedzialnych za realizację programu, zatrudnianych przez koordynatora programu (Urząd Gminy Panki);

2) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej oraz wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego wymagania określone w dalszej części projektu;

4) podpisanie umów na realizację programu;

5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem:

- akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
- skierowanie zaproszeń do rodziców/opiekunów prawnych;
- akcja edukacyjna (edukacja zdrowotna dzieci i rodziców);
- wizyty dzieci w gabinetach stomatologicznych w ramach profilaktyki stomatologicznej:
- analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora.

6) ewaluacja:

- analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów,
- analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,

- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety kierowanej do rodziców dzieci z populacji docelowej (załącznik 5)
- analiza efektywności stomatologicznych działań profilaktycznych na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

7) przygotowanie sprawozdania z realizacji programu (załącznik 4)

2. Planowane interwencje:

1) Edukacja zdrowotna adresatów programu:

- zaplanowana i prowadzona przez doświadczonego lekarza dentystę lub doświadczoną higienistkę/asystentkę stomatologiczną:
  - z wykorzystaniem metody wykładu, dyskusji oraz instruktażu higieny jamy ustnej w populacji docelowej rodziców w formie 2 w każdym sezonie 90-minutowych wykładów dla grup ok. 50-70 osób (obszar tematyczny: metody dbania o higienę jamy ustnej, rekomendacje w zakresie profilaktyki próchnicy oraz innych chorób jamy ustnej, prozdrowotne nawyki higieniczne i żywieniowe w profilaktyce próchnicy, korzystanie ze świadczeń gwarantowanych w zakresie stomatologii) - badanie poziomu wiedzy rodziców przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji
  - z wykorzystaniem metody wykładu, pogadanki oraz instruktażu higieny jamy ustnej w populacji docelowej dzieci – realizowana w trakcie 45-minutowych zajęć lekcyjnych w szkołach podstawowych (obszar tematyczny: metody dbania o higienę jamy ustnej, rekomendacje w zakresie profilaktyki próchnicy oraz innych chorób jamy ustnej, prozdrowotne nawyki higieniczne i żywieniowe w profilaktyce próchnicy) - badanie poziomu wiedzy i nawyków żywieniowych u dzieci przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji
- prowadzona podczas wizyt stomatologicznych (przekazanie informacji dotyczących profilaktyki próchnicy; poinformowanie o pozytywnych skutkach podejmowania działań profilaktycznych oraz negatywnych w przypadku braku ich podejmowania),
- realizowana za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne) w szkołach podstawowych, wybranym podmiocie leczniczym oraz Urzędzie Gminy Panki.

2) Badanie stomatologiczne:

- kwalifikacja do programu,
- uzyskanie zgody rodziców lub opiekunów prawnych dziecka,

- edukacja zdrowotna w zakresie zapobiegania próchnicy wraz z instruktażem higieny jamy ustnej,
- badanie stomatologiczne (ocena stanu higieny jamy ustnej, instruktaż higieny jamy ustnej, ocena stanu uzębienia i zgryzu, określenie wskaźnika puw oraz PUW),
- badanie jakości udzielonych świadczeń (ankieta satysfakcji pacjenta skierowana do rodziców);

3) Profilaktyka stomatologiczna:

- zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd zębów pierwszych trzonowych:
  - u dzieci 8 i 9-letnich, które nie miały dotychczas wykonywanego zabiegu lub doszło u nich do częściowej/całkowitej utraty laku – w założeniu 85% w tej grupie wiekowej w pierwszym roku realizacji programu oraz 100% w kolejnych latach[20];
- zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd zębów drugich trzonowych:
  - u dzieci 10-letnich (zęby dolne) i 11-letnich (zęby górne), które nie miały dotychczas wykonywanego zabiegu lub doszło u nich do częściowej/całkowitej utraty laku – w założeniu 85% w tej grupie wiekowej w pierwszym roku realizacji programu oraz 100% w kolejnych latach[21].

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

1) Edukacja zdrowotna:

- dzieci w wieku 8-11 lat oraz ich rodzice/opiekunowie prawni;
- zameldowanie na pobyt stały lub czasowy na terenie gminy Panki.

2) Badanie stomatologiczne:

- dzieci w wieku 8-11 lat;
- zameldowanie na pobyt stały lub czasowy na terenie gminy Panki.
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego uczestnika programu na dobrowolny udział w programie.

3) Profilaktyka stomatologiczna:

- dzieci w wieku 8-11 lat;
- zameldowanie na pobyt stały lub czasowy na terenie gminy Panki;

---

[20] Na podstawie konsultacji ze stomatologami przyjęto dla I roku realizacji programu założenie o ok. 15% dzieci korzystających z usługi lakowania przed ukończeniem 8r.ż. (poza programem – w ramach NFZ lub prywatnie); dla kolejnych lat trwania programu przyjęto 100% populacji do lakowania, zakładając że informacja o prowadzonych w gminie działaniach spowoduje oczekiwanie rodziców na uzyskanie tych świadczeń przez dzieci właśnie w ramach programu

[21] Ibidem.

- brak wykonywanego wcześniej lakowania bruzd zębów trzonowych lub stwierdzenie częściowej/całkowitej utraty laku;
- brak przeciwwskazań do działań profilaktycznych stwierdzony podczas badania stomatologicznego;
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego uczestnika programu na dobrowolny udział w programie.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Profilaktyczno-lecznicze działania stomatologiczne w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym, udzielającym świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne. O kwalifikacji do programu będzie decydować brak przeciwwskazań do udziału w programie, stwierdzony na wizycie lekarskiej oraz uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie. W ramach akcji informacyjnej rodzicom zostaną przekazane dane teleadresowe realizatora programu (gabinet stomatologiczny). Wizyty stomatologiczne dzieci będą umawiane telefonicznie oraz osobiście w siedzibie realizatora.

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

Leczenie stomatologiczne stanowi jeden z zakresów świadczeń gwarantowanych przysługujących pacjentom na mocy ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 31 ust. 3 ww. ustawy dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia (obok kobiet w ciąży i w okresie połogu) mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń w porównaniu do pozostałych pacjentów[22]. Wykaz świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Zgodnie z ww. aktem prawnym dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przysługują świadczenia ogólnostomatologiczne, natomiast

[22] Ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135].

dzieciom i młodzieży do ukończenia 19 roku życia – profilaktyczne świadczenia stomatologiczne. W pierwszej wymienionej grupie znajduje się m.in.[23]:

- lekarskie badanie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej (raz w roku),
- leczenie próchnicy powierzchniowej i początkowej,
- wizyta adaptacyjna (pierwsza wizyta stomatologiczna dziecka do lat 6),
- zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym (zęby szóste, raz do ukończenia 8 roku życia),
- lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego (zęby stałe, maksymalnie raz na 3 miesiące),
- usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów (maksymalnie raz na 6 miesięcy).

W drugiej grupie świadczeń (profilaktyka stomatologiczna) znajdują się działania profilaktyczne prowadzone w określonych grupach wiekowych: 6, 9 i 12 miesiąc życia oraz 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 16 i 19 rok życia. W odniesieniu do dzieci 7-letnich jest to[24]:

- ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw dla zębów mlecznych i PUW dla zębów stałych
- oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW dla zębów stałych i wskaźnika puw dla zębów mlecznych,
- kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego
- wykrywanie nieprawidłowości w zakresie funkcji żucia i gryzienia, a także wyrzynania zębów,
- profesjonalna profilaktyka fluorkowa zębów mlecznych i stałych.

W odniesieniu do dzieci 10-letnich są to wszystkie ww. świadczenia poszerzone dodatkowo o ocenę stan tkanek przyzębia przez oznaczenie głębokości kieszonek dziąsłowych (PD), utraty przyczepu łącznotkankowego (CAL) oraz wskaźnika krwawienia (BOP)[25].

W związku z trudnościami w dostępie do świadczeń gwarantowanych, wskazanymi w uzasadnieniu potrzeby wdrożenia programu, oraz dużym rozpowszechnieniem problemu próchnicy zębów wśród dzieci realizacja wskazanych w programie interwencji jest zasadna i będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń istniejących.

[23] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego... op.cit.
[24] Ibidem.
[25] Ibidem.

6. **Spójność merytoryczna i organizacyjna**:

W opinii autorów projekt PPZ jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ust. 1 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizowanymi przez ministrów oraz NFZ.

7. **Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania**

Po wykonaniu badania stomatologicznego oraz świadczeń profilaktycznych (lakowania) rodzice/opiekunowie prawni dzieci objętych programem:

- zostają poinformowani o konieczności podjęcia leczenia w przypadku występowania u dziecka zębów zajętych próchnicą wraz ze wskazaniem negatywnych konsekwencji w związku z brakiem podjęcia leczenia;
- zostają poinformowani o adresie najbliższego gabinetu stomatologicznego udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ;
- zostają poinformowani o zalecanym terminie kolejnego przeglądu stomatologicznego;
- zostają poproszeni o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 5);
- kończą udział dziecka w programie.

Rodzice mogą w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału dziecka w programie. W przypadku takiej decyzji po badaniu stomatologicznym, a przed zabiegiem lakowania, zostają poinformowani o konsekwencji rezygnacji ze wskazanego działania profilaktycznego (wyższe ryzyko zajęcia próchnicą zębów trzonowych nie zabezpieczonych lakiem).

8. **Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Realizatorem programu będą podmioty lecznicze spełniające wymogi obowiązujących przepisów. Profilaktyczne zabiegi stomatologiczne będą realizowane przez wykwalifikowany personel z zachowaniem wszelkich zasad zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom. Lakowanie bruzd jest sprawdzoną, nieinwazyjną (lub minimalnie inwazyjną w przypadku lakowania poszerzonego) metodą, stanowiącą ważną metodę profilaktyki, mającą na celu redukcję

nasilenia próchnicy w danej populacji[26]. Bezpieczeństwo wskazanej interwencji potwierdzają wnioski płynące z rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia „Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb" jako świadczenia gwarantowanego w odniesieniu do bruzd drugich zębów trzonowych stałych u pacjentów do ukończenia 14 r.ż[27].

9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Panki. W programie weźmie udział podmiot leczniczy udzielający świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne, znajdujący się w Rejestrze Podmiotów Leczniczych lub Rejestrze Praktyk Zawodowych Lekarzy i Lekarzy Dentystów. Podmiot realizujący badania i profilaktykę stomatologiczną będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej prowadzonych działań (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania rodzicom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 5). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty kwartalne (załącznik 3) oraz roczne (załącznik 4), a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Działania edukacyjne będą realizowane przez lekarza stomatologa lub higienistkę/asystentkę stomatologiczną, posiadającą dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe.

10. Dowody skuteczności planowanych działań

a. Opinie ekspertów klinicznych

Uszczelnianie bruzd zębów trzonowych jest rekomendowane jako metoda profilaktyki próchnicy przez grupę polskich ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej [28], a także przez następujące organizacje międzynarodowe[29]:

- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2016[30];
- American Dental Association (ADA) 2016[31];

---

[26] Siudmak B.: Retrospektywna analiza efektywności lakowania bruzd pierwszych i drugich zębów trzonowych stałych u dzieci i młodzieży w latach 1998–2007 w ramach realizacji programu indywidualnej profilaktyki we własnej praktyce stomatologicznej w Dortmundzie. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. 2010, 56, 58-69.

[27] Rekomendacja nr 18/2016 z dnia 11 kwietnia 2016 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia „Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – za każdy ząb" jako świadczenia gwarantowanego.

[28] Adamowicz-Klepalska B. i in., Konsensus grupy ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej w sprawie promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów, Warszawa 2004.

[29] Brydak L.: Można i należy..., op.cit., s. 239.

[30] Evidence-based Clinical Practice Guideline for the Use of Pit-and-Fissure Sealants, American Academy of Pediatric Dentistry, Reference Manual V 38 / No 6, 2016.

[31] Ibidem.

- The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2014[32];
- Oral Health Services Guideline Initiative (OHSGI) 2010[33];

b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Według Światowej Federacji Dentystycznej (FDI - World Dental Federation) we współczesnej stomatologii największy nacisk musi być położony na minimalnie interwencyjną stomatologię opartą na czterech zasadach: remineralizacji zmiany próchnicowej, redukcji próchnicotwórczych bakterii w celu eliminacji ryzyka dalszej demineralizacji zmiany i powstania ubytku tkanek, naprawie wypełnienia zamiast wymiany i kontroli choroby próchnicowej. Celem realizacji tych zasad konieczna jest ocena indywidualnego ryzyka próchnicy, rozpoznanie wczesnych zmian próchnicowych oraz określenie progresji bardziej zaawansowanych zmian próchnicowych na podstawie rentgenogramów[34].

Zgodnie ze stanowiskiem grupy ekspertów pod auspicjami Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej w zapobieganiu próchnicy istotną rolę odgrywa dokładność oczyszczania zębów i jamy ustnej (odpowiedni stan higieny jamy ustnej), ograniczenie częstości spożycia pokarmów, bądź płynów zawierających cukier, do nie więcej niż 4 posiłków dziennie oraz regularne uzupełnianie zasobu jonów fluorkowych w jamie ustnej (ślinie) w otoczeniu powierzchni zęba. Ponadto dzieci i osoby dorosłe o wysokim narażeniu na czynniki ryzyka próchnicy potrzebują uzupełnienia podstawowych działań profilaktycznych dodatkowymi zabiegami prewencyjnymi, takimi jak nadzorowane szczotkowanie zębów lub płukanie jamy ustnej związkami fluoru, profesjonalne mechaniczne oczyszczanie zębów (usuwanie płytki), aplikacja lakierów fluorkowych lub żeli oraz uszczelnianie bruzd pierwszych zębów trzonowych[35].

Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej (PTSD) podstawą w profilaktyce próchnicy są: prawidłowe odżywianie, dbałość o higienę jamy ustnej oraz stosowanie środków profilaktycznych zawierających fluorki[36].

---

[32] Dental interventions to prevent caries in children, A national clinical guideline, The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, march 2014.
[33] Pit and Fissure Sealants, Evidence-based guidance on the use of sealants for the prevention and management of pit and fissure caries, Oral Health Services Guideline Initiative 2010.
[34] Kaczmarek U: Minimalnie interwencyjne leczenie stomatologiczne – przegląd piśmiennictwa. Czas Stomatol 2007; LX, 6: 367-376.
[35] Adamowicz-Klepalska B. i in., Konsensus grupy ekspertów..., op.cit.
[36] Olczak-Kowalczyk D, Kaczmarek U. (red.), Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej fluorkowej u dzieci i młodzieży, Warszawa 2015.

Zgodnie ze stanowiskiem polskich ekspertów dotyczącym zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej właściwy sposób odżywiania i odpowiednio zbilansowana dieta są podstawowymi elementami profilaktyki próchnicy. W opinii specjalistów karmienie wyłącznie mlekiem kobiecym przez pierwsze sześć miesięcy życia i prawidłowa suplementacja witaminy D zapewniają dostarczenie wszystkich składników niezbędnych dla procesu formowania i mineralizacji zawiązków zębów. Wyrzynanie zębów mlecznych rozpoczyna się w drugim półroczu życia dziecka, a demineralizacji szkliwa i próchnicy zębów sprzyja nieoczyszczanie powierzchni zębów z resztek pokarmu oraz zbyt częste i nadmiernie długie karmienie dziecka lub karmienie przed snem (również przed drzemką w ciągu dnia) oraz w nocy, kiedy ilość wydzielanej śliny jest mniejsza, niż w ciągu dnia. Po ukończeniu drugiego roku życia korzystne jest spożywanie 4-5 posiłków w ciągu dnia, unikanie dodatkowych przekąsek i zachowanie co najmniej 2-godzinnych przerw między posiłkami, aby umożliwić ślinie neutralizację kwasów oraz naprawę szkliwa. W profilaktyce próchnicy dzieci zalecane jest spożywanie: produktów zawierających błonnik (twardych, surowych warzyw oraz owoców, ziaren zbóż i produktów pełnoziarnistych), produktów mlecznych (zwłaszcza twardych serów, które zawierają wapń i fosfor niezbędny do remineralizacji i lipidy tworzące na powierzchni zębów powłokę ochronną przed działaniem kwasów, a także stymulują wydzielanie śliny) oraz produktów bogatych w białko (mięso, drób, ryby, jaja), będących źródłem fosforu oraz zawierających białka bogate w argininę (związek wykazujący zdolność szybkiego podwyższania pH). Ponadto w pierwszych dwóch latach życia nie zaleca się dodawania cukru do posiłków i przekąsek (również cukrów naturalnych w postaci syropów owocowych lub miodu) oraz soli. Wpływa to korzystnie na zdrowie ogólne i uzębienia, a także umożliwia kształtowanie korzystnych dla zdrowia preferencji smakowych. Celem zaspokojenia pragnienia u dzieci należy stosować wodę (niskozmineralizowaną, Niskosodową i niskosiarczanową), ponieważ spożywanie soków owocowych i napojów słodzonych sprzyja próchnicy[37].

Eksperci PTSD wskazują na fakt, iż endogenna profilaktyka fluorkowa nie zmniejsza na stałe istotnie ryzyka choroby próchnicowej, natomiast nadmierne dostarczenie fluoru może być przyczyną fluorozy zębów. W związku z powyższym korzystniejsze jest stosowanie metod egzogennych, zapewniających obecność fluoru w środowisku jamy ustnej po wyrznięciu zębów. Niskie ryzyko próchnicy jest wskazaniem do podstawowej profilaktyki fluorkowej

[37] Olczak-Kowalczyk D i wsp., Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej, Nowa Stomatol 2015; 20(2): 81-91.

(szczotkowanie zębów pastą z fluorem, opcjonalnie - suplementacja endogenna), natomiast wysokie i umiarkowane do wzmocnienia profilaktyki fluorkowej domowej lub profesjonalnej[38].

Szczotkowanie zębów pastą z fluorem należy wykonywać u dzieci dwukrotnie w ciągu dnia - rano i wieczorem po ostatnim posiłku, począwszy od pojawienia się pierwszego zęba w jamie ustnej dziecka. Do 8. roku życia zęby dziecka powinni szczotkować rodzice, a następnie zabieg ten nadzorować. U dzieci powyżej 6. roku życia, zwłaszcza użytkujących aparaty ortodontyczne, uzupełnienia protetyczne oraz w przypadku zmniejszonego wydzielania śliny zaleca się wzmocnioną profilaktykę domową próchnicy w formie płukanek zawierających fluorki. W przypadku umiarkowanego i wysokiego ryzyka próchnicy należy wdrażać profilaktykę profesjonalną – żele i pianki stosowane u dzieci od 6. roku życia oraz lakiery fluorkowe stosowane bez ograniczeń wiekowych[39]. Systematyczne stosowanie związków fluoru przyczynia się w dużym stopniu do redukcji próchnicy powierzchni gładkich i stycznych (redukcja w granicach 60–80%), natomiast jego działanie na dnie głębokich bruzd i szczelin jest niedostateczne, stąd też tak duża rola przypisywana jest zabiegowi lakowania bruzd[40].

Polscy eksperci powołując się na obserwacje krajowe i międzynarodowe wskazują, że najkorzystniejszym środowiskiem do wykorzystania w celu promocji zdrowia jamy ustnej jest szkoła. Programy edukacji zdrowotnej w obszarze profilaktyki próchnicy realizowane przy udziale szkół przynoszą najlepsze efekty i zapewniają najszerszy krąg oddziaływania. Edukację w zakresie zdrowia jamy ustnej prowadzoną przez nauczycieli wspiera i kontynuuje personel stomatologiczny pod nadzorem lekarza[41].

c. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Badania kliniczne wskazują na fakt, iż dzięki lakowaniu bruzd zębów trzonowych można uzyskać znaczny postęp w opanowaniu próchnicy na powierzchniach żujących. W roku 1990 w Polsce prowadzono pilotażowe badanie uszczelniania lakiem pierwszych stałych zębów trzonowych. Interwencją objęto ok. 850 dzieci, u których uszczelniono ponad 1500 zębów. Po dwóch latach stwierdzono ograniczenie próchnicy o 43,7%[42]. W latach 1993-1994 w ramach

[38] Olczak-Kowalczyk D, Kaczmarek U. (red.), Stanowisko..., op.cit.
[39] Ibidem.
[40] Siudmak B.: Retrospektywna analiza..., op.cit.
[41] Adamowicz-Klepalska B. i in., Konsensus grupy ekspertów..., op.cit.
[42] Jańczuk Z.: Raport o skuteczności profilaktycznego uszczelniania (lakowania) bruzd pierwszych zębów trzonowych stałych u dzieci polskich na podstawie badań epidemiologicznych. Wyniki roczne na zlecenie MZiOS. Epidemiology 3, 1996.

programu profilaktycznego MZiOS uszczelniano pierwsze stałe zęby trzonowe wśród dzieci 6-8-letnich[43]. W 1998 r. przeprowadzono badanie dzieci 12-letnich, które w roku 1993 jako 7-latki miały uszczelnione zęby szóste - wskaźnik PUW/Z u tych 12-latków wyniósł 2,8, co oznacza, że dzieci te jako jedyne w Polsce osiągnęły w 2000 r. PUW/Z < 3[44]. Długotrwałe badania nad skutecznością profilaktycznego zabiegu uszczelniania bruzd zębów bocznych prowadziła także Jodkowska. Wyniki jej 15-letnich obserwacji jednoznacznie wskazały na fakt istotnego wpływu lakowania na hamowanie rozwoju próchnicy na powierzchniach żujących oraz na zmniejszenie nasilenia próchnicy w całym uzębieniu[45]. Siudmak na podstawie oceny skuteczności lakowania zębów bocznych u dzieci i młodzieży w wieku 6–18 lat w latach 1998–2007 stwierdziła, że liczba PUW/Z w populacji poddanej zabiegowi uszczelniania zębów trzonowych była znacznie mniejsza (2,05) niż w populacji, w której zabiegu nie przeprowadzono (4,30). Frekwencja próchnicy u osób z uszczelnionymi bruzdami była o 22,16% mniejsza niż u niepoddanych zabiegowi. Potrzeby lecznicze w grupie z niezalakowanymi bruzdami były dwukrotnie wyższe dla pierwszych trzonowców, a nawet trzykrotnie wyższe dla drugich trzonowców niż w grupie z zalakowanymi bruzdami. [46]. W badaniach Schulte i wsp. z 2001 r. u dzieci 12-letnich stwierdzono znacznie mniejszą intensywność próchnicy, wyrażoną średnią liczbą PUW/Z u dzieci z uszczelnionymi zębami równą 1,21 w odniesieniu do 2,15 u osób niepoddanych temu zabiegowi[47], natomiast w badaniu Schiffner i wsp. potwierdzono, że u dzieci 12-letnich, u których wykonano zabieg uszczelniania zębów bocznych stwierdzono mniejszą o 1,1 liczbę PUW/Z w porównaniu z dziećmi niepoddanymi zabiegowi uszczelniania[48].

Wyniki badań socjoekonomicznych prowadzonych w ramach wspomnianego wcześniej PPZ Ministerstwa Zdrowia wskazują na fakt, iż w zapadalności i przebiegu choroby próchnicowej bardzo silnymi czynnikami są te wynikające ze stylu życia, a stan zdrowotny uzębienia dzieci jest ściśle związany ze świadomością, postawą oraz zachowaniami

---

[43] Banach J., Jańczuk Z., Lisiecka K., Koronczewska Z.: Stan narządu żucia populacji polskiej. Raport z badań epidemiologicznych i ankietowych przeprowadzonych w 1995 r. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 1995 r.
[44] Jańczuk Z.: Profilaktyka profesjonalna w stomatologii. PZWL, Warszawa 2004, 112–128.
[45] Jodkowska E.: Skuteczność zabiegu uszczelniania bruzd międzyguzkowych w świetle odległych obserwacji klinicznych i badań laboratoryjnych. Rozprawa habilitacyjna, AM Warszawa, 2000.
[46] Siudmak B.: Retrospektywna analiza..., op.cit.
[47] Schulte A., Rossbach R., Tramini P.: Association of caries experience in 12-year-old children in Heidelberg, Germany and Montpelier, France with different caries preventive measures. Commun. Dent. Oral Epidemiol. 2001, 29, 354–361.
[48] Schniffer U., Reich E.: Prävalenzen zu ausgewählten klinischen Variablen bei den Jugendichen (12 Jahre) In: Michaelis W, Reich E (Hrsg) DMS III Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben. Deutche Arzteverlag. Köln 1999.

zdrowotnymi rodziców[49]. W związku z powyższym zasadne jest podejmowanie działań z zakresu edukacji zdrowotnej, mających na celu kształtowanie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych w profilaktyce próchnicy.

W opinii autorów prowadzenie działań zapobiegających próchnicy jest efektywne kosztowo. Koszt jednostkowy przy założeniu zalakowania bruzd wszystkich ośmiu zębów trzonowych oszacowano na 125zł. Poniesiony w tej wysokości wydatek zmniejsza znacznie ryzyko wystąpienia próchnicy w zabezpieczonych uszczelniaczem zębach, a co za tym idzie konieczności ich leczenia, którego koszty są nieporównywalnie wyższe.

d. Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych JST (jeżeli są dostępne)

PPZ o podobnej tematyce, realizowane przez inne JST to m.in.:

- PPZ pn. „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci w wieku 12 i 13 lat, zamieszkałych na terenie Gminy Sędziszów Małopolski" (2017-2020);
- PPZ pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 11-12 lat z terenu gminy Wieruszów na lata 2016-2018";
- PPZ pn. „Program profilaktyki próchnicy dla dzieci w wieku 8 lat z terenu gminy Dobroń" (2017).

VI. KOSZTY

1. Koszty jednostkowe (w złotych):

a. 25zł – koszt jednostkowy uczestnictwa w edukacji zdrowotnej (5zł), badania stomatologicznego oraz ew. uzupełniania laku wg wskazań indywidualnych (20zł)
b. 50zł – koszt jednostkowy uczestnictwa edukacji zdrowotnej (5zł), badania stomatologicznego (20zł) oraz lakowania bruzd dwóch zębów trzonowych (25zł)
c. 75zł - koszt jednostkowy uczestnictwa w edukacji zdrowotnej (5zł), badania stomatologicznego (20zł) oraz lakowania bruzd czterech zębów trzonowych (50zł)
d. 100zł - koszt jednostkowy uczestnictwa w edukacji zdrowotnej (5zł), badania stomatologicznego (20zł) oraz lakowania bruzd sześciu zębów trzonowych (75zł)
e. 125zł - koszt jednostkowy uczestnictwa w edukacji zdrowotnej (5zł), badania stomatologicznego (20zł) oraz lakowania bruzd ośmiu zębów trzonowych (100zł)

[49] Informacja Ministra Zdrowia Podsekretarza Stanu Aleksandra Soplińskiego do Rzecznika Praw Pacjenta Krystyny B. Kozłowskiej z dnia 03.04.2014r., MZ-MD-L-420-2532-75/EHM/14.

2. Planowane koszty całkowite (w złotych):

Tab. I. Koszty całkowite w podziale na poszczególne lata realizacji programu

Rok realizacji PPZ		2018				
Lp.	Grupa docelowa	I-IV klasa SP				
1	Rok urodzenia dzieci (wiek)	2007 (11)	2008 (10)	2009 (9)	2010 (8)	2007-2010 (8-11)
2	Liczba całkowita	65	54	59	55	233
3	Szacunkowa liczba dzieci bez wskazań do lakowania (15% z poz. 2)	10	8	9	8	35
4	Koszt jednostkowy za interwencje u dzieci bez lakowania	25	25	25	25	-
5	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci bez lakowania (poz. 3 x poz. 4)	250	200	225	200	875
6	Szacunkowa liczba dzieci ze wskazaniem do lakowania (85% z poz. 2)	55	46	50	47	198
7	Liczba zębów do lakowania	8***	6**	4*	4*	-
8	Koszt jednostkowy za interwencje u dzieci z lakowaniem	125	100	75	75	-
9	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci z lakowaniem (poz. 6 x poz. 8)	6 875	4 600	3 750	3 525	18 750
10	Koszt całkowity (poz. 5 + poz. 9)	7 125	4 800	3 975	3 725	**19 625**

* dwa dolne zęby trzonowe pierwsze + dwa górne zęby trzonowe pierwsze
** dwa dolne zęby trzonowe pierwsze + dwa górne zęby trzonowe pierwsze + dwa dolne zęby trzonowe drugie
*** dwa górne zęby trzonowe pierwsze + dwa dolne zęby trzonowe pierwsze + dwa dolne zęby trzonowe drugie + dwa górne zęby trzonowe drugie

Rok realizacji PPZ		2019				
Lp.	Grupa docelowa	I-IV klasa SP				
1	Rok urodzenia dzieci (wiek)	2008 (11)	2009 (10)	2010 (9)	2011 (8)	2008-2011 (8-11)
2	Liczba całkowita	54	59	55	44	212
3	Liczba dzieci bez wskazań do lakowania	0	0	55	0	55
4	Koszt jednostkowy za interwencje u dzieci bez lakowania	0	0	25	0	-
5	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci bez lakowania (poz. 3 x poz. 4)	0	0	1 375	0	1 375
6	Liczba dzieci ze wskazaniem do lakowania	54	59	0	44	157
7	Liczba zębów do lakowania	2***	2**	0	4*	-
8	Koszt jednostkowy za interwencje u dzieci z lakowaniem	50	50	0	75	-
9	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci z lakowaniem (poz. 6 x poz. 8)	2 700	2 950	0	3 300	8 950
10	Koszt całkowity (poz. 5 + poz. 9)	2 700	2 950	1 375	3 300	**10 325**

* dwa dolne zęby trzonowe pierwsze + dwa górne zęby trzonowe pierwsze
** dwa dolne zęby trzonowe drugie
*** dwa górne zęby trzonowe drugie

Rok realizacji PPZ		2020				
Lp.	Grupa docelowa	I-IV klasa SP				
1	Rok urodzenia dzieci (wiek)	2009 (11)	2010 (10)	2011 (9)	2012 (8)	2009-2012 (8-11)
2	Liczba całkowita	59	55	44	42	200
3	Liczba dzieci bez wskazań do lakowania	0	0	44	0	44
4	Koszt jednostkowy za interwencje u dzieci bez lakowania	0	0	25	0	-
5	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci bez lakowania (poz. 3 x poz. 4)	0	0	1 100	0	1 100
6	Liczba dzieci ze wskazaniem do lakowania	59	55	0	42	156
7	Liczba zębów do lakowania	2***	2**	0	4*	-
8	Koszt jednostkowy za interwencje u dzieci z lakowaniem	50	50	0	75	-
9	Koszt cząstkowy za interwencje u dzieci z lakowaniem (poz. 6 x poz. 8)	2 950	2 750	0	3 150	8 850
10	Koszt całkowity (poz. 5 + poz. 9)	2 950	2 750	1 100	3 150	**9 950**

* dwa dolne zęby trzonowe pierwsze + dwa górne zęby trzonowe pierwsze
** dwa dolne zęby trzonowe drugie
*** dwa górne zęby trzonowe drugie

Tab. II. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

Rok realizacji	Akcja informacyjno-edukacyjna*	Badania stomatologiczne	Zabiegi profilaktyczne**	Koszt całkowity
2018	1 165	4 660	13 800	**19 625**
2019	1 060	4 240	5 025	**10 325**
2020	1 000	4 000	4 950	**9 950**
SUMA	3 225	12 900	23 775	**39 900**

* koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej, opracowania oraz druku ulotek/plakatów
** koszt lakowania zębów trzonowych

3. Źródło finansowania, partnerstwo

Program finansowany z budżetu Gminy Panki oraz środków pozyskanych w ramach dofinansowania przez Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[50]

Tab. III. Koszty całkowite w poszczególnych latach ze wskazaniem zaplanowanej wysokości środków z poszczególnych źródeł finansowania.

Rok realizacji	Gmina Panki		Śląski OW NFZ		SUMA	
	(zł.)	%	(zł.)	%	(zł.)	%
2018	11 775	60	7 850	40	**19 625**	100
2019	6 195	60	4 130	40	**10 325**	100
2020	5 970	60	3 980	40	**9 950**	100
Suma	23 940	60	15 960	40	**39 900**	100

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

- Zabezpieczanie profilaktyczne bruzd zębów trzonowych lakiem szczelinowym jest rekomendowane jako metoda profilaktyki próchnicy wśród dzieci, zarówno w Polsce, jak i na świecie;
- Pozytywne doświadczenia krajów stosujących zabiegi lakowania w ramach programów profilaktyki próchnicy wskazują na zasadność prowadzenia tego typu działań;
- Aktualny wykaz świadczeń gwarantowanych obejmuje zabezpieczanie profilaktyczne bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym przed ukończeniem przez dziecko 8 r.ż., jednakże dostęp do ww. świadczenia jest bardzo utrudniony dla populacji docelowej;
- Aktualny wykaz świadczeń gwarantowanych nie obejmuje zabezpieczania profilaktycznego bruzd zębów siódmych lakiem szczelinowym
- Program umożliwi zastosowanie profilaktycznych zabiegów stomatologicznych u dzieci, których rodzice ze względów ekonomicznych nie zdecydowali się na tego typu działania na prywatnym rynku usług zdrowotnych.
- Działania edukacyjne w zakresie propagowania prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych wymieniane są wśród wysoce skutecznych działań przeciwdziałania próchnicy zębów u dzieci.

[50] Art. 48d Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U.2016.1793 j.t. ze zm.].

VII. MONITORING I EWALUACJA

1. Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora (załącznik 3 i 4):

- analiza liczby dzieci z populacji docelowej, które zgłosiły się do realizatora i wzięły udział w programie - prowadzona w 4-miesięcznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 marca, 1 kwietnia - 30 czerwca, 1 lipca - 30 września, 1 października - 31 grudnia), corocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu
- analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej prowadzona w 4-miesięcznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 marca, 1 kwietnia - 30 czerwca, 1 lipca - 30 września, 1 października - 31 grudnia), corocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu

2. Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji pacjenta skierowanej do rodziców (załącznik 5);
- bieżąca analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do koordynatora programu.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie prowadzona w oparciu o coroczną oraz końcową analizę:

- odsetka populacji docelowej uczestniczącej w programie,
- porównawczą wyników post-testów oraz pre-testów dotyczących wiedzy o próchnicy i jej profilaktyce - przeprowadzanych wśród dzieci oraz rodziców,
- porównawczą wyników post-testów oraz pre-testów dotyczących nawyków higienicznych i żywieniowych przeprowadzanych wśród dzieci,
- zmian w zakresie wskaźników nasilenia próchnicy PUW oraz puw;
- ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że zasadnicza ewaluacja programu będzie opierać się, jak wspomniano powyżej, na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu

ze stanem po ich wprowadzeniu. Istotnym miernikiem efektywności będzie porównanie wskaźników PUW/puw u dzieci 10 i 11-letnich w III roku realizacji programu, będących uczestnikami programu od lat 3 ze wskaźnikami PUW/puw u dzieci 10 i 11-letnich w I roku realizacji programu, nieobjętych do tej pory zorganizowaną profilaktyką stomatologiczną.

4. Ocena trwałości efektów programu

Utrzymanie trwałości uzyskanych w programie efektów zdrowotnych w populacji gminy zaplanowano poprzez nadanie programowi charakteru wieloletniego, dzięki czemu w docelowej grupie wiekowej dzieci zapewniona zostaje cykliczność działań edukacyjnych oraz profilaktycznych, a także stałego dostępu do informacji nt. profilaktyki próchnicy dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci.

Załącznik 1

Karta udziału dziecka w „Programie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 8-11 lat z gminy Panki"

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego: .....
imię i nazwisko

II. Dane uczestnika programu

Nazwisko		Data urodzenia
Imię		..... / ..... / ..... *(dzień/miesiąc/rok)*
Nr PESEL*		

III. Zgoda na wykonanie badania stomatologicznego

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na wykonanie badania stomatologicznego u mojego dziecka.**

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)

IV. Potwierdzenie wykonania badania stomatologicznego

Data badania	Podpis lekarza wykonującego badanie

V. Zgoda na wykonanie uszczelnienia bruzd zębów trzonowych (lakowania)

Zostałam/em poinformowana/y o korzyściach związanych z zastosowaniem u mojego dziecka uszczelnienia bruzd zębów trzonowych. Podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu nie zataiłam / nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na wykonanie uszczelnienia bruzd zębów trzonowych u mojego dziecka.**

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)

VI. Potwierdzenie wykonania uszczelnienia bruzd zębów trzonowych

Data wykonania lakowania	Podpis lekarza wykonującego lakowanie

** lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL*

Załącznik 2

Wzór prowadzonej elektronicznie dokumentacji medycznej uczestnika „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 8-11 lat z gminy Panki"

L p.	imię i nazwisko	nr PESEL*	rok realizacji programu	wiek (w latach)	Data badania	Wskaźnik puw				Wskaźnik PUW				Liczba zalakowanych zębów
						p	u	w	puw	P	U	W	PUW	
1														
2														
3														
4														
5														

Załącznik 3

Sprawozdanie kwartalne realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 8-11 lat z gminy Panki"

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji elektronicznej uczestników oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od ..... do	Adresat: Urząd Gminy Panki
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

Liczba wykonanych interwencji wśród rodziców	Liczba rodziców uczestniczących w interwencjach	Liczba wykonanych interwencji wśród dzieci	Liczba dzieci uczestniczących w interwencjach

II. Interwencje medyczne

Liczba wykonanych badań stomatologicznych	Liczba dzieci, u których wykonano lakowanie	Liczba zębów objętych lakowaniem	Liczba dzieci z brakiem wskazań do lakowania

....., dnia .....

(miejscowość) *(data)*

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4

Sprawozdanie roczne realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 8-11 lat z gminy Panki"

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji elektronicznej uczestników oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od ..... do	Adresat: Urząd Gminy Panki
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

Liczba wykonanych interwencji wśród rodziców	Liczba rodziców uczestniczących w interwencjach	Liczba wykonanych interwencji wśród dzieci	Liczba dzieci uczestniczących w interwencjach

II. Interwencje medyczne

Liczba wykonanych badań stomatologicznych	Liczba dzieci, u których wykonano lakowanie	Liczba zębów objętych lakowaniem	Liczba dzieci z brakiem wskazań do lakowania

III. Wskaźniki próchnicy w grupie docelowej

Rok urodzenia	Wiek dzieci z subpopulacji	Wskaźnik puw dla subpopulacji	Wskaźnik PUW dla subpopulacji

....., dnia .....

(miejscowość) *(data)*

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 5

Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dziecka uczestniczącego w „Programie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 8-11 lat z gminy Panki"

I. Ocena sposobu umówienia terminu wizyty

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena wizyty lekarskiej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazania informacji nt. próchnicy i metod jej zapobiegania Panu/Pani?					
sposób przekazania informacji nt. próchnicy i metod jej zapobiegania dziecku?					

III. Ocena warunków panujących w gabinecie

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetu?					

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

PRZEWODNICZĄCA RADY
Urszula Bujak

RADA GMINY PANKI
ul. Tysiąclecia Nr 5
42-140 Panki

UZASADNIENIE

do Uchwały Nr 33.240.2017 Rady Gminy Panki z dnia 29 listopada 2017 roku w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci w wieku 8-11 lat z gminy Panki"

Art. 7 ust.1 pkt. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi, że do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu Zdrowia mieszkańców.
Przedstawiony program dotyczy bardzo istotnej kwestii, jaka jest zapobieganie próchnicy wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Próchnica jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych schorzeń cywilizacyjnych. Według badań Ministerstwa Zdrowia ok. 80% dzieci w wieku 6-12 lat choruje na próchnicę.
Program uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewody Śląskiego.

PRZEWODNICZĄCA RADY
Urszula Bujak