



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 188/2017 z dnia 9 sierpnia 2017 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka  
stomatologiczna dla dzieci uczęszczających do szkół podstawowych  
na terenie Gminy Świdnica”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Świdnica” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Dzięki przedstawionym założeniom program może stanowić zwiększenie dostępu i uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w zakresie zapobiegania występowania próchnicy w populacji dzieci. Jednak w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę rozważyć uwzględnienie poniższych uwag.

W projekcie wskazano cele programowe. Należy jednak zwrócić uwagę na konstrukcję celów szczegółowych, która powinna być zgodna z regułą SMART. Mierniki efektywności także wymagają doprecyzowania.

Populacja docelowa i zaplanowane interwencje określono w sposób prawidłowy i zgodnie z wytycznymi. Jednak warto zastanowić się nad wydłużeniem czasu trwania programu oraz zaplanowaniem działań na kolejne lata w celu uzyskania trwałych efektów zdrowotnych i zachowania cykliczności projektu.

Sugeruje się uzupełnienie projektu w zakresie monitorowania i ewaluacji o wskaźniki służące do oceny zgłaszalności i efektywności programu.

Przedstawiony budżet warto zweryfikować pod kątem uwzględnienia kosztów działań edukacyjnych i informacyjnych, a także ze względu na możliwość niedoszacowania kosztów niektórych ze świadczeń profilaktycznych zaplanowanych w ramach programu.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej dotyczący zapobiegania występowaniu próchnicy u dzieci. Planowany koszt całkowity realizacji programu to 40 000 zł, zaś okres realizacji obejmuje okres od września do grudnia 2017 r.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.



## Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

### Znaczenie problemu zdrowotnego

Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób prawidłowy. W projekcie pobieżnie odniesiono się do krajowych i regionalnych danych epidemiologicznych.

Próchnica zębów jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych schorzeń cywilizacyjnych. Według Światowej Organizacji Zdrowia szacuje się, że dotyczy ona może 60-90% populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Jest chorobą pojawiającą się już w zębach mlecznych w pierwszym roku życia dziecka.

W oparciu o dane pochodzące z badania prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej”, wskazano, że między 2. a 3. r. ż. próchnica występuje u 35-50% dzieci, między 3. a 4. r. ż. – u 56-60% dzieci, a w wieku 6-7 lat u prawie 100% dzieci. Stwierdzić można, że blisko 90% dzieci 12-letnich w Polsce ma próchnicę. Pomiędzy 6. a 12. rokiem życia, aż 89,3% dzieci miało przynajmniej jeden ząb szósty dotknięty próchnicą. Na podstawie ostatnich przeprowadzonych badań epidemiologicznych stwierdza się, iż blisko 90% dzieci 12-letnich w Polsce ma próchnicę. Odsetek uczniów szkół podstawowych w wieku 12 lat z co najmniej 1 zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy sięga 1,72%, a u młodzieży w wieku 18 lat – 8,84%. Stan zdrowia jamy ustnej uczniów 12-letnich, choć lepszy niż w przypadku innych grup wiekowych, nadal daleki jest od oczekiwanego.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia jamy ustnej dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Świdnica poprzez intensyfikację działań profilaktycznych. Przy redagowaniu celu głównego nie określono horyzontu czasowego, w jakim przewiduje się uzyskanie poprawy stanu zdrowia. Jest to istotne ze względu na fakt, że program ma trwać od września do grudnia 2017 r. czyli 4 miesiące. Wydaje się, że wskazany przedział czasu może okazać się niewystarczający do uzyskania faktycznej poprawy zdrowia jamy ustnej u uczestników programu. Sugeruje się zatem wydłużenie czasu trwania programu. Warto pamiętać, że programy polityki zdrowotnej powinny charakteryzować się długofalowymi działaniami. Dodatkowo sformułowano 11 celów szczegółowych, przy czym niektóre z nich wymagają preredagowania, gdyż stanowią raczej działania, a nie ich rezultat (np. „włączenie rodziców i środowiska szkolnego do działań profilaktycznych”, „obalenie stereotypów, iż nie ma konieczności leczenia zębów mlecznych”). Ponadto należy zaznaczyć, że ww. założenia szczegółowe będą trudne do zmierzenia i sprawdzenia, czy faktycznie zostały osiągnięte. Przy definiowaniu celów programowych warto oprzeć się o regułę SMART, według której cel powinien być konkretny, mierzalny, osiągalny, realny i określony w czasie.

Zaproponowane w projekcie oczekiwane efekty w większości określono właściwie. Wątpliwość budzi jedynie, w jaki sposób ma zwiększyć się świadomość nauczycieli w kontekście wpływu nieprawidłowego odżywiania na powstawanie chorób próchnicznych. W projekcie programu nie zaproponowano żadnych działań edukacyjnych zmierzających do uzyskania powyższego efektu. Warto byłoby zatem uzupełnić projekt w części związanej z chociażby celami, miernikami oraz interwencjami dotyczącymi edukacji kadry pedagogicznej.

Mierniki efektywności warto doprecyzować. Należy zaznaczyć, że wskaźniki te powinny uwzględniać także np. odsetek osób, u których doszło do zmniejszenia zmian próchnicowych czy też odsetek osób u których zwiększyła się świadomość dotycząca profilaktyki próchnicowej. Ponadto wszystkie wskazane mierniki powinny odnosić się do sytuacji sprzed wprowadzenia programu, co nie zostało uwzględnione w projekcie. Wyniki powinny zostać następnie odniesione do sytuacji po wprowadzeniu programu. Zestawienie poszczególnych mierników pozwoli na zaobserwowanie zmian związanych z efektywnością programu.

### Populacja docelowa

Populację docelową stanowią dzieci uczęszczające w roku szkolnym 2017/2018 do klas IV oraz VI szkół podstawowych zamieszkałe na terenie gminy Świdnica. Określono, że łączna populacja dzieci

kwalfikujących się do programu wyniesie ok. 330 os. czyli ok. 100% populacji docelowej (uczniowie klas IV i VI w roku szkolnym 2017/2018). Wskazano, że do programu włączonych zostanie 35% wszystkich dzieci z klas I-VI szkół podstawowych. W programie w części edukacyjnej mają również brać udział rodzice/opiekunowie prawni, jednak nie określono ich liczby, co warto uzupełnić. Dane demograficzne przedstawione w projekcie korespondują z danymi GUS.

Kryterium kwalifikacji do wzięcia udziału w programie będzie stanowić uczęszczanie do klasy IV i VI szkoły podstawowej z terenu gminy Świdnica w roku szkolnym 2017/2018 oraz uzyskanie pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego (wzór dokumentu dołączono do projektu).

### Interwencja

Wśród planowanych interwencji przewiduje się:

- profilaktyczne badanie stomatologiczne z oceną stanu jamy ustnej, zgryzu, oznaczeniem wskaźnika PUW, udzielaniem porad odnośnie higieny jamy ustnej, przekazaniem pisemnych informacji dla rodziców/ opiekunów o stanie uzębienia oraz zaleceniach dotyczących dalszego postępowania w postaci obowiązkowej indywidualnej karty uczestnika programu;
- fluoryzację indywidualną prowadzoną pod nadzorem lekarza dentystry, u dzieci u których zabieg ten nie został wykonany w ramach refundacji NFZ - raz w trakcie trwania programu;
- profilaktyczne lakowanie bruzd I i II zębów trzonowych lub I i II zębów przedtrzonowych dzieci, u których zabieg ten nie został wykonany w ramach refundacji NFZ;
- uzupełnienie braków położonego laku u dzieci, które miały ten zabieg wykonany wcześniej, liczba zabiegów według potrzeb zdiagnozowanych podczas badania profilaktycznego;
- usuwanie złogów nazębnych;
- realizację spotkań edukacyjnych dla dzieci i rodziców.

Warto zaznaczyć, iż obecnie na terenie gminy Świdnica funkcjonuje 1 świadczeniodawca z zakresu udzielania świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż. Należy podkreślić, że interwencje zaplanowane w ramach programu związane z przeglądami profilaktycznymi, lakowaniem oraz fluoryzacją mogą stanowić uzupełnienie świadczeń profilaktycznych dla grupy dzieci w wieku 9 i 11 lat, zaś usunięcie złogów nazębnych może zwiększyć dostępność do świadczeń gwarantowanych, chociaż w projekcie nie wskazano na problemy w dostępie do tych świadczeń. Z kolei działania edukacyjne mogą stanowić wartość dodaną do obecnie finansowanych świadczeń gwarantowanych.

Wytyczne jasno definiują, że istotnym elementem procesu decyzyjnego powinna być ocena ryzyka próchnicy u każdego pacjenta. Ze względu na fakt, że ryzyko próchnicy istnieje nieprzerwanie i zmienia się w czasie, ocena ryzyka próchnicy powinna być weryfikowana okresowo (np. co 3-6 mies.). Zasadne jest wyodrębnienie osób z wysokim ryzykiem próchnicy i stosowanie u nich intensywnych, indywidualnie ukierunkowanych działań profilaktycznych (Alliance for a Cavity-Free Future, ACFF 2016). Do grup podwyższonego ryzyka według wytycznych The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2016) należą m.in. osoby o niższym statusie socjoekonomicznym, z trudnościami w dostępie do opieki dentystrycznej, osoby zamieszkujące obszary wiejskie i odosobnione. Zatem działania w zakresie profilaktyki próchnicy, przewidziane w ramach programu, wydają się zasadne.

Wytyczne wskazują, że w grupie podwyższonego ryzyka próchnicy powinna być stosowana profesjonalna profilaktyka fluorkowa. W przeglądzie Marinho 2009 dotyczącym różnych sposobów fluoryzacji zębów (za pomocą pasty do zębów, płynów do płukania, żeli i lakierów) wskazano, że ww. miejscowe interwencje fluorkowe, są skuteczne w zapobieganiu próchnicy, a łączne stosowanie dwóch metod zwiększa efektywność.

Wytyczne The National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014) sugerują, żeby w ramach działań edukacyjnych dokonać identyfikacji obszarów zwiększonego ryzyka złego zdrowia jamy ustnej wśród dzieci. Należy wyznaczyć personel, który szkolony będzie do poradnictwa i wsparcia w zakresie

ochrony zdrowia jamy ustnej wśród uczniów. Wyszkolony personel powinien organizować programy szczotkowania zębów i programy fluoryzacji zlecone przez władzę lokalne. Ponadto ważne jest nawiązanie współpracy personelu z rodzicami w celu włączenia ich do działań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia jamy ustnej ich dzieci (np. poprzez organizację wieczorów nauczycielsko-rodzicielskich, dni otwartych, zachęcanie rodziców do udziału w kreowaniu polityki szkoły w zakresie zdrowego odżywiania). Działania edukacyjne, które zostały zaplanowane w projekcie wpisują się w ogólne zalecenia/wytyczne.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada jego monitorowanie i ewaluację, jednak sugeruje się dopracowanie tych elementów.

Podstawą oceny zgłaszalności do programu będą wskaźniki dotyczące liczby osób zainteresowanych programem (zakwalifikowanych do świadczeń zdrowotnych) oraz liczby chętnych do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych, a nie zakwalifikowanych z powodu wyczerpania się środków finansowych. Warto byłoby rozważyć zmianę sformułowania pierwszego wskaźnika na np. liczbę dzieci, których rodzice/opiekunowie wyrazili zgodę na udział w programie z podziałem na klasy IV/VI. Dodatkowo warto byłoby określić również liczbę rodziców biorących udział w programie jak i np. nauczycieli (w przypadku włączenia ich w działania edukacyjne). Warto również rozważyć ujęcie wskaźnika dotyczącego liczby rezygnacji z programu na poszczególnych jego etapach.

W projekcie zakłada się ocenę jakości świadczeń udzielonych w ramach programu. Ma być ona prowadzona na podstawie ankiety satysfakcji (wzór dokumentu został dołączony do projektu programu).

Ewaluacja programu ma zostać oparta o mierniki przedstawione w pkt. związanym z miernikami efektywności. Warto pamiętać, że ewaluacja powinna w sposób kompleksowy określić wpływ programu na zdrowie populacji w długiej perspektywie czasowej. Zatem uwagi dotyczące wskaźników ewaluacji będą tożsame z uwagami dotyczącymi mierników efektywności.

Poważne wątpliwości budzi czas realizacji programu zaplanowany na okres od września do grudnia 2017 r. Wydaje się mało prawdopodobnym osiągnięcie poszczególnych celów programu, w tym poprawy stanu zdrowia jamy ustnej, we wskazanym okresie. Należy pamiętać, że ze względu na termin wydania opinii Prezesa Agencji pozostanie niewielki margines czasu na przygotowanie programu i wybranie chociażby realizatora w ramach konkursu ofert. Sugeruje się zatem wydłużenie czasu trwania programu oraz zaplanowanie działań na lata następne w celu zapewnienia kontynuacji prowadzonych działań.

#### Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono także kompetencje niezbędne do realizacji programu.

W treści projektu programu przedstawiono jego części składowe, etapy oraz działania organizacyjne. Kilka kwestii warto doprecyzować. W projekcie zawarto zapis, że nie jest możliwe dokładne oszacowanie limitu miejsc, ze względu na fakt, iż liczba i rodzaj poszczególnych interwencji wykonywanych u jednego dziecka będzie uzależniona od przeprowadzonej diagnozy podczas badania profilaktycznego. Można natomiast oszacować liczbę świadczeń w kontekście badań profilaktycznych jak również edukacyjnych, co warto uwzględnić.

W odniesieniu do udziału dziecka w działaniach profilaktycznych brakuje informacji, czy każdy uczestnik programu otrzyma kartę zabiegów stomatologicznych, w której dokonywane będą wpisy wszystkich przeprowadzonych procedur z zakresu profilaktyki oraz ewentualnych dalszych zaleceń lekarza.

Po przeprowadzonych działaniach profilaktycznych mają być dostępne dla dzieci i rodziców działania edukacyjne. Wydaje się zasadnym przeprowadzenie tych działań w czasie trwania zabiegów profilaktycznych lub też przed podjęciem interwencji na fotelu stomatologa.

Kolejnym etapem ma być współpraca z dyrektorami szkół i wychowawcami w celu wprowadzenia w miarę możliwości szczotkowania zębów w szkole. Ten punkt projektu również wymaga uzupełnienia z uwagi na brak jakichkolwiek szczegółów dotyczących tych działań. Nie jest jasne np. kto miałby ponieść koszt związany z zakupem szczoteczek oraz past do zębów. Nie wskazano również osób, które nadzorowałyby prawidłowe szczotkowanie zębów przez uczniów, a także wymaganych w tym celu kompetencji.

Ostatnim etapem będzie przeprowadzenie ewaluacji oraz „zamknięcie zobowiązań finansowych”. Nie jest zrozumiałym, co wnioskodawca miał na myśli pod pojęciem zamknięcia zobowiązań finansowych. Należałoby doprecyzować ten punkt projektu.

Ponadto nie jest jasne, czy po zakończonych badaniach profilaktycznych każdy z rodziców/opiekunów prawnych dziecka zostanie poinformowany o stanie uzębienia i potrzebach zdrowotnych z zakresu profilaktyki i leczenia jamy ustnej. Nie określono również, czy uczestnik będzie mieć możliwość rezygnacji na każdym etapie trwania programu. Powyższe kwestie warto wyjaśnić.

Należy podkreślić, że efektywność programu w dużej mierze zależeć będzie od uczestnictwa w programie. Dobrze zorganizowana kampania informacyjno-edukacyjna motywująca do aktywnego udziału w badaniach jest jednym z wyznaczników równego dostępu do udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zatem wartym rozważenia jest informowanie potencjalnych uczestników poprzez wszystkie dostępne środki przekazu, w tym np. ogłoszenia parafialne.

Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 40 000 zł. W projekcie nie określono kosztu przypadającego na 1 uczestnika programu. Jest to spowodowane brakiem możliwości wskazania, jakie interwencje zaproponuje lekarz po przeprowadzonym profilaktycznym badaniu stomatologicznym. Uśredniając interwencje przewidziane w ramach programu u wszystkich uczestników, koszt na 1 pacjenta wyniesie ok. 120 zł. Wskazano koszty poszczególnych świadczeń profilaktycznych prowadzonych w ramach programu. Jednak w przypadku usuwania złogów nazębnych koszt jednostkowy świadczenia wydaje się niedoszacowany. Dodatkowo należy zauważyć, że w projekcie nie uwzględniono kosztów działań edukacyjnych oraz informacyjnych (np. wydruk plakatów). Zatem należałoby ponownie zweryfikować poprawność założeń związanych z kosztami jednostkowymi projektu programu. Program ma być finansowany ze środków budżetu gminy.

## **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### Problem zdrowotny

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia próchnica to umiejscowiony proces patologiczny, pochodzenia zewnątrz ustrojowego, który prowadzi do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Głównym czynnikiem odpowiedzialnym za jej rozwój są bakterie wytwarzające kwasy niszczące szkliwo, w procesie rozkładu cukrów obecnych w produktach żywnościowych. Ze względu na kształt anatomiczny zębów, miejscem predysponowanym do powstawania ognisk choroby próchnicowej jest powierzchnia żująca zębów bocznych.

Próchnica zębów jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą w populacji dzieci i młodzieży, Szacuje się, że 60-90% dzieci w wieku szkolnym ma ubytki w zębach. Zarówno w Polsce jak i na świecie próchnica uważana jest za chorobę społeczną.

### Alternatywne świadczenia

Wykazy oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2013 poz. 1462 z późn. zm.) .

Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r. ż. (załącznik 2 w/w Rozporządzenia) obejmuje m.in.:

- badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy

- badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy
- badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez powiązania z innymi świadczeniami gwarantowanymi
- zabezpieczenie bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym – 1 raz do ukończenia 7. roku życia
- lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 tuku zębowego
- usunięcie złogów nazębnych nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia.

### Ocena technologii medycznej

Przedstawiona w projekcie programu zdrowotnego interwencja ma duże znaczenie w zapobieganiu próchnicy wśród dzieci w wieku szkolnym i spowolnienie próchnicy w wieku późniejszym. Próchnica ze względu na częstość występowania oraz poważne i kosztowne następstwa jest problemem o znaczeniu społecznym i stanowi istotny element zdrowia publicznego.

Odnalezione wytyczne kliniczne (*European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) 2009, American Dental Association Council on Scientific Affairs (ADA) 2002-2009, New Zealand Guidelines Group (NZGG) 2009, SIGN 2000-2005, British Society of Paediatric Dentistry 1997* oraz wskazówki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego) oparte na systematycznych przeglądach dowodów naukowych pozwoliły wskazać najważniejsze zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy i zachowania odpowiedniej higieny jamy ustnej wśród dzieci i młodzieży.

Zgodnie z wytycznymi, podstawową metodą zapobiegania próchnicy powinno być dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem.

Inną powszechną i skuteczną metodą ograniczenia próchnicy jest fluorowanie wody pitnej oraz codzienna ekspozycja na fluor przyjmowany z wodą.

Bardzo istotne w zapobieganiu próchnicy są okresowe i regularne kontrolne wizyty stomatologiczne, których odstęp czasowy powinien być dostosowywany indywidualnie do pacjenta.

Ponadto, niezbędnym elementem profilaktyki jest zdrowa dieta w zakresie spożywania cukrów: w przypadku pragnienia dziecko powinno pić wodę, posiłki zawierające cukry powinny być spożywane przez dzieci zagrożone próchnicą nie częściej niż 3–4 razy w ciągu dnia, wskazane jest prowadzenie w szkole zajęć edukacyjnych w zakresie higieny jamy ustnej, w tym związku między spożywaniem cukrów i rozwojem próchnicy.

Nie należy zapominać również o działaniach edukacyjnych mających na celu podnoszenie świadomości wśród dzieci na temat znaczenia zachowania odpowiedniej higieny jamy ustnej. Działania te powinny być skierowane do dzieci i rodziców (lub opiekunów prawnych). Uświadomienie znaczenia problemu oraz kształtowanie odpowiednich postaw i nawyków ma kluczowe znaczenie w codziennych działaniach, które mają na celu wyeliminowanie próchnicy.

Odnalezione dowody naukowe są zgodne co do skuteczności wdrażania przedszkolnych i szkolnych programów prewencji próchnicy. Powinny one być skonstruowane w taki sposób, aby stanowiły uzupełnienie istniejących już świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wdrożenie programu powinno być poprzedzone oceną lokalnej sytuacji w zakresie skuteczności profilaktyki i stanu lokalnych zasobów i potrzeb. Program powinien być projektowany w porozumieniu ze specjalistami – stomatologami, doświadczonymi w prewencji próchnicy, którzy pomogą właściwie wybrać poprawne działania.

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.181.2017 „Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Świdnica” realizowany przez: gminę Świdnica, Warszawa, lipiec 2017 oraz Aneksu „Programy profilaktyki próchnicy i poprawy stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci przedszkolnych i szkolnych – wspólne podstawy oceny” z lipca 2012 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 225/2017 z dnia 31 lipca 2017 roku o projekcie programu „Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Świdnica”