



**Program polityki zdrowotnej
Gminy Kleszczów
na lata 2026-2028**

**w zakresie
profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży**

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. 2025 poz. 1461)

Kleszczów, listopad 2025 r.
Urząd Gminy Kleszczów

Program został opracowany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2017 r. w sprawie programu polityki zdrowotnej oraz raportu końcowego z jego realizacji (Dz.U. z 2017 r. poz. 2476).

Opracowanie dokumentu na zlecenie Urzędu Gminy Kleszczów
dr n. o zdr. Jacek Borowicz



dr n. o zdr. Jacek Borowicz
PubHealth
04-393 Warszawa, ul. Drwęcka 18/23
NIP 538-157-48-57; REGON 368571482
tel. kom. 505-418-428
e-mail: jacek.borowicz@pubhealth.pl
www.pubhealth.pl
www.zdrowozaprogramowani.pl

Spis treści

Spis treści.....	3
Spis tabel:	4
Podstawa przygotowania programu	5
I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	6
I.1 Opis problemu zdrowotnego	6
I.2 Dane epidemiologiczne	11
I.3. Opis obecnego postępowania	13
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	17
II.1 Cel główny	17
II. 2 Cele szczegółowe.....	17
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	17
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	19
III.1 Populacja docelowa.....	19
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	20
Kryteria włączenia do programu	20
Kryteria wyłączenia z programu	21
III.3 Planowane interwencje.....	22
Etap I - działania organizacyjne	22
Etap II - działania edukacyjne i interwencja medyczna.....	26
Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze	36
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	39
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	41
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	44
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów....	44
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	45
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	48
V.1. Monitorowanie	48
V.2 Ewaluacja	51
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	53
VI.1 Koszty jednostkowe	53
VI.2 Koszty całkowite.....	54
1. Koszty organizacyjne	54
2. Koszty interwencji	54
3. Koszty całkowite programu	57
VI.3 Źródła finansowania.....	58
VII. Bibliografia	59
VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora.....	61
ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu	61
ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie	62
ZAŁĄCZNIK 3. Sprawozdanie częściowe	64
ZAŁĄCZNIK 4. Sprawozdanie końcowe.....	65
ZAŁĄCZNIK 5. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne	66

Spis tabel:

Tabela 1. Liczebność grup wiekowych w populacja całościowej programu - XII 2023 r.....	19
Tabela 2. Podsumowanie populacji objętej programem	20
Tabela 3. Rodzaje rocznych kosztów organizacyjnych	54
Tabela 4. Rodzaje rocznych kosztów interwencji stomatologicznej	56
Tabela 5. Roczne koszty całkowite interwencji	56
Tabela 6. Roczne koszty całkowite	57
Tabela 7. Koszty całkowite programu	57

Podstawa przygotowania programu

Niniejszy program polityki zdrowotnej został opracowany zgodnie z art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461), a także w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16 tej ustawy, w szczególności rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476). Dokument został przygotowany z zachowaniem aktualnych wytycznych dotyczących opracowania programów polityki zdrowotnej obowiązujących na listopad 2025 r.

Program stanowi kontynuację działań profilaktycznych prowadzonych w Gminie Kleszczów, w tym programu ocenionego opinią Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 67/2022 z dnia 27 grudnia 2022 r. Raport końcowy z realizacji edycji programu obowiązującej do 2025 r. zostanie przygotowany i przekazany Agencji zgodnie z wymogami ustawowymi oraz zakresem określonym w przepisach wykonawczych.

Program został przygotowany na podstawie Rekomendacji nr 42/2025 z dnia 2 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. 2025 poz. 1461) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 55/2025 z dnia 7 kwietnia 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży, Raportu nr OT.434.1.2025 „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”, data ukończenia raportu: kwiecień 2025 oraz Raportu nr: OT.423.8.2019 „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”, data ukończenia raportu: kwiecień 2020.

Niniejszy dokument przedstawia projekt kolejnej edycji programu, przewidzianej do realizacji w latach 2026-2028. Program został opracowany z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa regulujących organizację, finansowanie i realizację świadczeń zdrowotnych, w tym: ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz przepisów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej, warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, organizacji gabinetów stomatologicznych, bezpieczeństwa i higieny pracy personelu medycznego oraz ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) oraz ustawą o ochronie danych osobowych.

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Próchnica zębów stanowi jedno z najpoważniejszych, najczęściej występujących oraz najbardziej zaniedbywanych schorzeń przewlekłych wieku rozwojowego. Jest chorobą infekcyjną, przewlekłą, o etiologii wieloczynnikowej, rozwijającą się w wyniku zaburzenia równowagi między mikrobiotą jamy ustnej, podatnością tkanek twardych zęba oraz obecnością fermentujących węglowodanów w diecie. W świetle aktualnej definicji WHO oraz „Global Oral Health Status Report 2022”, próchnica pozostaje najpowszechniej występującą chorobą jamy ustnej u dzieci i młodzieży, niezależnie od poziomu rozwoju gospodarczego, miejsca zamieszkania czy dostępności do świadczeń stomatologicznych.

Proces próchnicowy u dzieci ma szczególnie dynamiczny przebieg. Szklivo zębów mlecznych oraz świeżo wyrzniętych zębów stałych jest cieńsze, słabiej zmineralizowane i mniej odporne na kwasy. Niższa kwasoodporność, większa porowatość połączenia szklivno-zębinowego oraz mniejsza zdolność buforowania śliny sprawiają, że u dzieci demineralizacja zachodzi szybciej i intensywniej niż u dorosłych. Jednocześnie populacja pediatryczna charakteryzuje się wysoką podatnością na czynniki środowiskowe, żywieniowe oraz behawioralne - w tym częste spożycie słodzonych przekąsek, niewłaściwą higienę jamy ustnej, zbyt wczesne samodzielne szczotkowanie zębów bez nadzoru dorosłych oraz brak regularnych wizyt kontrolnych.

1. Charakterystyka i mechanizmy choroby próchnicowej

Próchnica rozwija się w wyniku działania kwaśnych produktów metabolizmu bakterii płytki nazębnej (głównie *Streptococcus mutans* i *Lactobacillus spp.*), które powstają w odpowiedzi na fermentację węglowodanów. Jej przebieg ma charakter przewlekły, postępujący i - w przypadku braku interwencji - prowadzi do uszkodzenia tkanek twardych zęba, a następnie do powikłań obejmujących miazgę i tkanki okołowierzchołkowe.

W populacji dziecięcej dynamika procesu jest wyraźnie szybsza, co wynika ze specyficznych cech budowy zębów oraz czynników środowiskowych, takich jak nawyki żywieniowe, nieprawidłowa higiena oraz ekspozycja na cukry proste, w tym w napojach.

U dzieci proces demineralizacji może rozpocząć się już po kilku miesiącach od pojawienia się pierwszych zębów, a przebieg choroby - w odróżnieniu od osób dorosłych - często jest skąpoobjawowy aż do momentu zaawansowanych zmian.

2. Rola kolonizacji bakteryjnej i okresu prenatalnego

Znaczenie okresu prenatalnego i działań profilaktycznych wobec przyszłych rodziców stanowi istotny element współczesnego modelu zapobiegania próchnicy, co znajduje odzwierciedlenie zarówno w zaleceniach WHO, AAPD i ACFF, jak i w Rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 42/2025.

Bakterie próchnicotwórcze są najczęściej przekazywane wertykalnie - od opiekunów (najczęściej matki) do dziecka. Badania potwierdzają, że poziom kolonizacji *Streptococcus mutans* u matki jest jednym z najsilniejszych predyktorów ciężkości wczesnej próchnicy dziecięcej (ECC). Oznacza to, że stan zdrowia jamy ustnej kobiety w ciąży oraz jej nawyki higieniczne i żywieniowe mają bezpośredni wpływ na ryzyko choroby u dziecka.

W ramach profilaktyki prenatalnej szczególne znaczenie mają:

- eliminacja ognisk próchnicy u kobiet w ciąży,
- utrzymanie prawidłowej higieny jamy ustnej,

- unikanie dzielenia sztućców, oblizywania smoczków,
- kontrola diety bogatej w cukry,
- edukacja przyszłych rodziców w zakresie pielęgnacji jamy ustnej dziecka od pierwszych miesięcy życia.

Z tego powodu działania edukacyjne kierowane do kobiet w ciąży oraz uczestników szkół rodzenia stanowią kluczowy element profilaktyki pierwotnej, zmniejszając ryzyko ECC jeszcze przed narodzinami dziecka.

3. Wczesna próchnica dziecięca (ECC)

Wczesna próchnica dziecięca (Early Childhood Caries, ECC) definiowana jest jako obecność przynajmniej jednego zęba z próchnicą, ubytkiem lub wypełnieniem u dziecka poniżej 6. roku życia. ECC stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowia publicznego w stomatologii dziecięcej, a jej przebieg jest zazwyczaj błyskawiczny.

ECC wiąże się z:

- bólem,
- zaburzeniem snu,
- trudnościami w jedzeniu,
- opóźnieniami rozwojowymi,
- zwiększonym ryzykiem hospitalizacji,
- koniecznością leczenia w znieczuleniu ogólnym.

Nieleczona ECC jest najsilniejszym predyktorem przyszłej próchnicy w uzębieniu stałym, co jednoznacznie potwierdzają badania longitudinalne (AAPD 2022).

4. Czynniki ryzyka rozwoju próchnicy u dzieci

Czynniki ryzyka można podzielić na cztery grupy:

Czynniki behawioralne:

- częste przyjmowanie pokarmów bogatych w cukry proste,
- podawanie słodzonych napojów,
- długotrwałe lub nocne karmienie butelką,
- niewłaściwa technika szczotkowania,
- zbyt wczesne oderwanie dziecka od nadzoru dorosłego podczas higieny (przed 7.-8. r.ż.).

Czynniki związane z opiekunami:

- niski poziom wiedzy zdrowotnej,
- bagatelizowanie znaczenia zębów mlecznych,
- błędne przekonania np. „zęby mleczne i tak wypadną”.

Czynniki społeczne i środowiskowe:

- niska dostępność do stomatologii dziecięcej,
- brak systemowej profilaktyki fluorkowej,
- brak regularnych przeglądów stomatologicznych.

Czynniki biologiczne:

- niski poziom śliny,
- predyspozycje genetyczne,

- dominacja szczepów kwasotwórczych.

5. Przebieg choroby w poszczególnych etapach wieku rozwojowego

Okres 0-3 lata (ECC)

Rozpoczyna się kolonizacja bakteryjna, zwykle od opiekunów. W tym czasie najsilniejszymi czynnikami ryzyka są:

- nocne karmienia butelką,
- ekspozycja na słodzone napoje,
- brak codziennej higieny jamy ustnej,
- brak wizyty adaptacyjnej do 12. miesiąca życia.

Wiek przedszkolny (3-6 lat)

Najdynamiczniejszy rozwój nowych ubytków. Charakterystyczne są zmiany:

- na powierzchniach wargowych siekaczy,
- w bruzdach zębów trzonowych mlecznych,
- w okolicy szyjek zębowych.

Wiek szkolny (6-12 lat)

To okres wyrzynania pierwszych zębów stałych, najbardziej podatnych na próchnicę.

Kluczowe są:

- lakowanie bruzd,
- regularne wizyty profilaktyczne,
- edukacja żywieniowa i higieniczna.

Wiek młodzieńczy (13-18 lat)

W tym okresie obserwuje się:

- wzrost spożycia napojów energetycznych i słodzonych,
- nieregularne posiłki,
- spadek nadzoru dorosłych,
- rosnące znaczenie środowiska szkolnego i rówieśniczego.

6. Konsekwencje kliniczne, rozwojowe i psychospołeczne

Próchnica u dzieci prowadzi do:

- bólu,
- stanów zapalnych,
- zaburzeń mowy i jedzenia,
- absencji szkolnej,
- trudności w koncentracji,
- opóźnień edukacyjnych,
- zaburzeń jakości życia (OHQoL),
- zaburzeń psychospołecznych i obniżonej samooceny.

Nieleczona próchnica w zębach mlecznych przewiduje nasilone problemy w uzębieniu stałym, w tym rozwój wad zgryzu, wcześniejszą utratę zębów i konsekwencje ortodontyczne.

7. Znaczenie edukacji rodziców i działań profilaktycznych

Profilaktyka próchnicy jest najskuteczniejsza, gdy obejmuje:

- edukację rodziców,
- edukację przyszłych rodziców,
- edukację dzieci i młodzieży,
- regularne przeglądy,
- działania fluorowe i lakowanie,
- modyfikację nawyków żywieniowych i higienicznych.

Edukacja w szkołach rodzenia stanowi opcjonalny, lecz istotny element profilaktyki pierwotnej, co wynika z mechanizmów kolonizacji bakteryjnej.

8. Wpływ próchnicy na zdrowie ogólne i rozwój dziecka

Choroby jamy ustnej w wieku rozwojowym mają znacznie szerszy wpływ niż tylko lokalne uszkodzenia tkanek. Liczne badania kliniczne, epidemiologiczne oraz przeglądy systematyczne wskazują, że próchnica u dzieci wpływa na zdrowie ogólne, rozwój fizyczny, funkcjonowanie psychospołeczne i edukacyjne.

Negatywny wpływ próchnicy obejmuje:

- zaburzenia masy ciała (niedowaga lub zahamowanie prawidłowego przyrostu wagi),
- trudności w żuciu i połykaniu,
- zaburzenia snu z powodu bólu,
- spadek zdolności koncentracji i uczenia się,
- częstsze absencje szkolne,
- niższą jakość życia w domenie zdrowia jamy ustnej (OHQoL),
- zwiększone ryzyko zakażeń i konieczności leczenia szpitalnego.

Ból zęba jest jedną z najczęstszych przyczyn nieobecności dziecka w szkole, a dzieci z przewlekłym bólem jamy ustnej osiągają istotnie gorsze wyniki edukacyjne. Badania WHO wskazują, że nawet pojedynczy nieleczony ząb może obniżyć funkcje poznawcze dziecka, szczególnie w zakresie uwagi, pamięci operacyjnej i zdolności rozwiązywania problemów.

Utrzymujące się stany zapalne jamy ustnej wpływają na ogólny stan zdrowia przez mechanizmy immunologiczne, nasilając obciążenie organizmu przewlekłymi procesami zapalnymi.

9. Wpływ nieleczonej próchnicy na rozwój twarzoczaszki i układ stomatognatyczny

Rozwój układu stomatognatycznego w okresie dzieciństwa jest wrażliwy na zaburzenia wynikające z utraty zębów mlecznych lub przewlekłego procesu zapalnego.

Nieleczona próchnica prowadzi do:

- przedwczesnej utraty zębów mlecznych,
- zaburzeń rozwoju kości szczęki i żuchwy,
- powstawania wad zgryzu,
- zaburzeń ustawienia zębów stałych,
- problemów w artykulacji i rozwoju mowy,
- nieprawidłowej funkcji żucia i oddychania.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi AAPD oraz EAPD, utrata zębów mlecznych przed fizjologicznym terminem powoduje zaburzenia toru wzrostu kości, a w konsekwencji zwiększa potrzebę leczenia ortodontycznego w wieku szkolnym i dorosłym.

10. Konsekwencje społeczne i emocjonalne próchnicy u dzieci i młodzieży

Próchnica wpływa również na funkcjonowanie psychospołeczne. Dzieci z widocznymi ubytkami, przebarwieniami lub brakami zębowymi częściej doświadczają:

- wycofania społecznego,
- drwin i stygmatyzacji rówieśniczej,
- obniżonej samooceny,
- trudności w kontaktach społecznych,
- efektów emocjonalnych związanych z bólem i stresem przewlekłym.

WHO (2022) oraz międzynarodowe badania OHQoL jednoznacznie potwierdzają, że stan jamy ustnej wpływa na dobrostan psychiczny i jakość życia - niezależnie od wieku.

U młodzieży (13-18 lat), gdzie presja społeczna i rówieśnicza jest szczególnie wyraźna, nieestetyczne zmiany próchnicowe stanowią źródło wstydu, napięcia oraz unikania aktywności społecznych.

11. Czynniki systemowe i środowiskowe pogłębiające problem

W Polsce problem narasta także z powodu:

- niedostatecznej dostępności do stomatologii dziecięcej finansowanej ze środków publicznych,
- braku gabinetów stomatologicznych w wielu gminach,
- braku gabinetów szkolnych,
- braku obowiązkowych programów fluoryzacji kontaktowej,
- zbyt późnego pierwszego kontaktu dziecka ze stomatologiem,
- braku regularnych przeglądów profilaktycznych,
- niedostatecznej edukacji zdrowotnej rodziców i dzieci.

W wielu gminach - w tym w Gminie Kleszczów - nie funkcjonuje świadczeniodawca stomatologii dziecięcej posiadający kontrakt z NFZ, co stanowi realną barierę w dostępie do profilaktyki i leczenia. Ta luka systemowa została jednoznacznie wskazana w rekomendacji AOTMiT 42/2025 jako jedna z kluczowych przesłanek do realizacji lokalnych programów profilaktycznych.

12. Znaczenie profilaktyki i rekomendowane kierunki działań

Zgodnie z aktualną wiedzą naukową oraz Rekomendacją Prezesa AOTMiT nr 42/2025, skuteczna profilaktyka próchnicy u dzieci i młodzieży powinna obejmować:

1. Edukację zdrowotną:

- dzieci,
- młodzieży,
- rodziców,
- przyszłych rodziców,
- kobiet w ciąży.

2. Regularne przeglądy stomatologiczne:

- ocena ryzyka próchnicy,
- monitorowanie wyrzynania zębów,
- kontrola higieny.

3. Indywidualne i populacyjne interwencje profilaktyczne:

- fluoryzacja kontaktowa preparatem o odpowiednim stężeniu,

- lakowanie bruzd zębów trzonowych,
- instruktaż higieny jamy ustnej,
- wsparcie dietetyczne dotyczące ograniczenia cukrów.

4. Wczesne leczenie zmian próchnicowych jako element profilaktyki

zgodnie z rekomendacją 42/2025, leczenie zachowawcze zmian wykrytych w przeglądzie stanowi niezbędny warunek przerwania ciągłości procesu chorobowego, a nie zastępstwo świadczeń NFZ.

13. Uzasadnienie realizacji programu w Gminie Kleszczów - aspekt zdrowia publicznego

Próchnica zębów u dzieci i młodzieży spełnia kryteria choroby społecznej i wymaga interwencji na poziomie lokalnego zdrowia publicznego. W gminach bez kontraktu NFZ sytuacja jest szczególnie trudna.

Realizacja programu pozwoli:

- zmniejszyć nierówności w dostępie do opieki stomatologicznej,
- objąć profilaktyką dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat,
- włączyć edukację przyszłych rodziców oraz uczestników szkół rodzenia,
- zapewnić wczesne wykrywanie zmian i zapobieganie powikłaniom,
- wdrożyć interwencje zgodne ze współczesnymi standardami międzynarodowymi,
- poprawić zdrowie jamy ustnej mieszkańców przez całe życie.

I.2 Dane epidemiologiczne

Epidemiologia próchnicy dzieci i młodzieży w Polsce oraz w województwie łódzkim wskazuje na utrzymujące się od wielu lat wysokie rozpowszechnienie choroby i jej znaczący wpływ na zdrowie publiczne. Dane globalne, krajowe oraz regionalne wykazują znaczne obciążenie populacji pediatrycznej próchnicą zębów, a jednocześnie podkreślają brak systematycznego nadzoru epidemiologicznego i niewystarczający poziom działań profilaktycznych. Próchnica pozostaje najczęstszą chorobą przewlekłą wieku rozwojowego, co zostało jednoznacznie potwierdzone w „Global Oral Health Status Report 2022”, a jej przebieg, dynamika i konsekwencje są szczególnie dotkliwe w populacji 0-18 lat.

1. Epidemiologia globalna i europejska

Według WHO około 530 milionów dzieci na świecie cierpi na próchnicę zębów mlecznych, co czyni ją najpowszechniejszą chorobą przewlekłą wieku rozwojowego w skali globalnej. W Europie obserwuje się znaczne zróżnicowanie regionalne. Kraje Europy Zachodniej, dzięki długoletnim, konsekwentnie realizowanym strategiom profilaktycznym, osiągają odsetek dzieci wolnych od próchnicy na poziomie 60-80% w wieku 5-6 lat. W krajach Europy Północnej, takich jak Szwecja, Norwegia czy Islandia, odsetek ten sięga nawet 70-85%. W Europie Środkowo-Wschodniej - w tym w Polsce - wartość ta spada do 20-30%, co potwierdzają analizy ACFF oraz europejskie badania populacyjne.

Polska należy do grupy państw o najwyższej częstotliwości występowania próchnicy u dzieci, z tendencją do wczesnego pojawiania się zmian oraz szybkiej progresji choroby. Średni PUW w grupie 12-latków wynosi w Polsce 3,2-3,5, podczas gdy w krajach Europy Zachodniej jest to jedynie 0,3-1,0. Dla porównania: w Czechach PUW wynosi około 1,6, na Węgrzech 2,1-2,5, na Słowacji 2,3-2,4, a w Rumunii - ponad 3,5, co oznacza, że jedynie Rumunia osiąga rezultaty zbliżone do Polski. Polska pozostaje więc jednym z dwóch krajów Unii Europejskiej o najwyższej intensywności próchnicy wieku rozwojowego.

2. Dane epidemiologiczne dla Polski

Dane NIZP-PZH, Ministerstwa Zdrowia oraz wyniki ostatnich badań epidemiologicznych jednoznacznie potwierdzają, że sytuacja w Polsce pozostaje alarmująca. Próchnica dotyczy większości dzieci już w wieku przedszkolnym, a jej nasilenie wzrasta w kolejnych grupach wiekowych.

W populacji 3-latków próchnica występuje u około 41% dzieci, co potwierdzają badania ogólnopolskie oraz dane ACFF. Jest to ponad dwukrotnie więcej niż w wielu krajach Europy Zachodniej, gdzie odsetek ten wynosi 10-20%. W wieku 5-6 lat odsetek dzieci z próchnicą przekracza 75%, a średni PUW wynosi 4,9-5,2, co świadczy o intensywnym i postępującym charakterze choroby.

U dzieci 6-letnich częstość występowania próchnicy wynosi 81,3%, a PUW przekracza 6, co jednoznacznie potwierdza szybki rozwój zmian próchnicowych w okresie wyrzynania zębów stałych. W wieku 7 lat próchnica dotyczy około 80% dzieci, utrzymując dynamikę obserwowaną w grupach młodszych.

U dzieci 12-letnich, stanowiących wskaźnik referencyjny WHO, średni PUW wynosi 3,2-3,5, co jest jedną z najwyższych wartości w Unii Europejskiej. Dane te wskazują na przewlekłość i postępujący charakter choroby w populacji szkolnej.

Zgodnie z Rekomendacją Prezesa AOTMiT nr 42/2025, 93,2% młodzieży w wieku 18 lat ma co najmniej jedną zmianę próchnicową, co potwierdza długotrwałe pozostawianie choroby bez odpowiednich interwencji. Jest to wartość znacznie wyższa niż w krajach Europy Zachodniej (Niemcy: 35-45%, Szwecja: 20-30%, Holandia: 30-40%).

MPZ 2022-2026 oraz MPZ 2027-2031 potwierdzają utrzymywanie się wysokiego obciążenia chorobami jamy ustnej w Polsce, przy jednoczesnym niedostatku działań profilaktycznych i braku jednolitego nadzoru epidemiologicznego. Dokumenty te wskazują m.in., że liczba świadczeń stomatologicznych w Polsce wynosi średnio 1 850-2 100 świadczeń na 10 tys. mieszkańców, przy czym wartości te są niewystarczające wobec potrzeb zdrowotnych populacji dziecięcej.

3. Epidemiologia w województwie łódzkim

Województwo łódzkie charakteryzuje się epidemiologią próchnicy zbliżoną do średniej krajowej, choć w części analizowanych grup wiekowych wyniki są nieco gorsze.

W grupie dzieci do 5. roku życia badania populacyjne wskazują, że próchnica występuje u 15,1% dzieci w wieku 2 lat, 34,3-45,4% w wieku 3 lat, 66,0% w wieku 4 lat oraz 75,4% w wieku 5 lat. Są to wartości zbliżone do danych ogólnopolskich (5-latki: 76,8%), co wskazuje na utrzymywanie się porównywalnie wysokiego obciążenia chorobą.

W grupie dzieci 12-letnich próchnica występuje u 67,8%, a średni PUW wynosi 3,1-3,4, co praktycznie odpowiada średniej krajowej (3,2-3,5). W grupie młodzieży 15-18 lat dane wskazują, że 90-93% osób posiada przynajmniej jedną zmianę próchnicową, co także pozostaje zgodne z sytuacją ogólnopolską.

W MPZ 2022-2026 podkreślono niski poziom korzystania ze świadczeń stomatologicznych w populacji ogólnej, w tym u osób do 18. roku życia, niewystarczającą liczbę świadczeniodawców stomatologii dziecięcej oraz ograniczoną dostępność do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. MPZ 2027-2031 utrwała ten obraz, wskazując na konieczność rozwoju usług profilaktycznych jako elementu uzupełniającego system ochrony zdrowia.

Z baz danych BASIW wynika, że województwo łódzkie charakteryzuje się 10-15% niższym poziomem świadczeń stomatologicznych na mieszkańca niż średnia krajowa, a odsetek świadczeń profilaktycznych u dzieci 0-18 lat jest o 25-30% niższy niż w województwach o najlepszej dostępności (mazowieckie, małopolskie). Dane BASIW potwierdzają również niższy poziom nakładów finansowych

na świadczenia stomatologiczne dla dzieci (o 12-18% niższy niż średnia krajowa) oraz utrzymujący się wysoki poziom hospitalizacji dzieci z powodu powikłań próchnicy.

4. Epidemiologia w Gminie Kleszczów

Gmina Kleszczów nie posiada aktualnych lokalnych danych epidemiologicznych dotyczących próchnicy u dzieci i młodzieży. Brak jakiegokolwiek systemowego monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej w populacji 0-18 lat zostaje potwierdzony zarówno przez analizę dokumentów lokalnych, jak i przez fakt, że na terenie gminy nie funkcjonuje świadczeniodawca stomatologii dziecięcej posiadający kontrakt z NFZ.

Zgodnie z rekomendacyjną logiką AOTMiT, w sytuacji braku danych lokalnych należy przyjąć, że sytuacja epidemiologiczna nie jest lepsza od średniej krajowej, a brak dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych zwiększa ryzyko późnego zgłaszania się na wizyty oraz opóźnionej diagnostyki. W świetle danych BASIW dla powiatów otaczających Kleszczów obserwuje się niski poziom korzystania ze świadczeń stomatologicznych dziecięcych, co odzwierciedla trudności w dostępie do leczenia i profilaktyki w całym regionie.

5. Dane epidemiologiczne dla kobiet w ciąży

Edukacja kobiet w ciąży stanowi element obowiązkowy zgodnie z Rekomendacją AOTMiT nr 42/2025. Dane epidemiologiczne wskazują, że ponad 70% kobiet ciężarnych w Polsce ma aktywną próchnicę, a stan zdrowia jamy ustnej matki jest jednym z najważniejszych predyktorów wczesnej kolonizacji mikrobiologicznej u dziecka. Badania NIZP-PZH potwierdzają, że *Streptococcus mutans* jest przekazywany wertykalnie w ponad 60% przypadków, co znacząco zwiększa ryzyko ECC.

Świadomość higieny jamy ustnej u przyszłych rodziców pozostaje niska: jedynie około 30-35% kobiet ciężarnych deklaruje, że otrzymało edukację stomatologiczną w czasie ciąży, a znaczna część nie odbywa żadnej wizyty kontrolnej. MPZ 2027-2031 wskazuje wprost, że edukacja kobiet w ciąży jest interwencją o wysokiej efektywności zdrowotnej, zdolną znacząco zmniejszyć ryzyko próchnicy u dzieci w pierwszych latach życia.

Podsumowanie

Analiza danych globalnych, krajowych, regionalnych i lokalnych jednoznacznie wskazuje, że próchnica u dzieci i młodzieży w Polsce, w województwie łódzkim oraz w Gminie Kleszczów stanowi istotny i narastający problem zdrowia publicznego. Brak lokalnych danych epidemiologicznych oraz brak świadczeniodawcy stomatologii dziecięcej finansowanego ze środków NFZ dodatkowo pogłębia ryzyko zdrowotne.

Zgodnie z Rekomendacją Prezesa AOTMiT nr 42/2025, sytuacja ta stanowi jednoznaczną przesłankę do wdrożenia lokalnego programu polityki zdrowotnej, obejmującego populację 0-18 lat oraz działania edukacyjne skierowane do kobiet w ciąży.

I.3. Opis obecnego postępowania

Obecne postępowanie w zakresie profilaktyki i leczenia chorób jamy ustnej u dzieci i młodzieży w Polsce opiera się na świadczeniach gwarantowanych NFZ, działaniach systemu podstawowej opieki zdrowotnej oraz rozwiązaniach wynikających z ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami.

Pomimo istnienia formalnych podstaw prawnych, realna dostępność do profilaktyki stomatologicznej w populacji 0-18 lat oraz u kobiet w ciąży pozostaje niewystarczająca.

Obecny system ochrony zdrowia zapewnia dzieciom i młodzieży dostęp do świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych. Zakres ten jest jednak ograniczony, nierównomiernie dostępny terytorialnie i w wielu obszarach nie odpowiada aktualnym potrzebom zdrowotnym populacji pediatrycznej. Mimo że koszyk świadczeń stomatologicznych dla dzieci jest formalnie szeroki, realne wykorzystanie świadczeń - szczególnie profilaktycznych - utrzymuje się na niskim poziomie, co potwierdzają analizy MPZ 2022-2026 i MPZ 2027-2031 oraz dane BASIW.

W Gminie Kleszczów systemowa opieka stomatologiczna finansowana ze środków NFZ jest całkowicie niedostępna, ponieważ na terenie gminy nie funkcjonuje żaden świadczeniodawca stomatologii dziecięcej z kontraktem NFZ. Oznacza to, że dostępność świadczeń gwarantowanych jest wyłącznie teoretyczna, a w praktyce mieszkańcy muszą korzystać z usług podmiotów komercyjnych lub gabinetów znajdujących się poza gminą, najczęściej w innych powiatach.

Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna, regulowana rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.), obejmuje bilanse zdrowia, edukację zdrowotną, ocenę ogólnego stanu zdrowia dziecka i kierowanie do dalszej diagnostyki. Lekarz POZ odpowiada za profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dzieckiem, która obejmuje m.in. bilanse zdrowia, ocenę rozwoju i działania z zakresu promocji zdrowia.

Bilanse zdrowia realizowane w POZ mogą identyfikować problemy stomatologiczne, lecz nie obejmują świadczeń stomatologicznych, a lekarz POZ nie wykonuje żadnych procedur dentystycznych.

Świadczenia stomatologiczne gwarantowane

Świadczenia stomatologiczne dla dzieci realizowane są wyłącznie na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2025 poz. 615). W ramach refundacji NFZ dzieci i młodzież mają prawo do następujących świadczeń.

Świadczenia stomatologiczne finansowane przez NFZ (dla dzieci 0-18 lat):

- badanie stomatologiczne z instruktą higieny - raz na 12 miesięcy;
- lakierowanie zębów stałych - raz na 3 miesiące;
- lakowanie bruzd pierwszych trzonowców stałych - jednorazowo w okresie wyrzynania;
- profilaktyczne usuwanie złogów nazębnych (w ograniczonym zakresie);
- leczenie zachowawcze zębów mlecznych i stałych (materiały akrylowe);
- leczenie endodontyczne wybranych zębów stałych u dzieci;
- ekstrakcje zębów mlecznych i stałych;
- leczenie powikłań zapalnych;
- instruktaż higieny jamy ustnej;
- wybrane procedury chirurgii stomatologicznej;
- znieczulenia standardowe.

Choć katalog świadczeń jest formalnie szeroki, nie obejmuje wielu działań uznawanych za kluczowe dla skutecznej profilaktyki próchnicy u dzieci.

Świadczenia kluczowe wg AOTMiT, które NIE są finansowane przez NFZ:

- Lakowanie drugich trzonowców stałych i przedtrzonowców.

- Regularne wizyty adaptacyjne (szczególnie w grupie 0-3 lata).
- Edukacyjne wizyty dla rodziców dzieci 0-3 lata.
- Lakierowanie zębów mlecznych (istotne w profilaktyce ECC).
- Lakierowanie wszystkich zębów stałych co 3-6 miesięcy.
- Profesjonalna ocena ryzyka próchnicy (CARIES RISK).
- Grupowa profilaktyka fluorkowa w przedszkolach i szkołach.
- Kompleksowa edukacja dla kobiet w ciąży (higiena jamy ustnej, transmisja *S. mutans*).

Brak tych świadczeń generuje największą lukę systemową i uzasadnia potrzebę wdrażania lokalnych programów polityki zdrowotnej.

Dentobus jest mobilną formą świadczeń realizowaną w ramach umów z NFZ. Może wykonywać wyłącznie podstawowe procedury: badanie stomatologiczne, instruktaż higieny, lakierowanie i proste leczenie zachowawcze. Nie zapewnia leczenia endodontycznego, lakowania bruzd, usług wymagających specjalistycznego sprzętu ani kontynuacji terapii. Dentobus pełni funkcję uzupełniającą, a nie zastępstwo dla gabinetu stacjonarnego.

W województwie łódzkim działa jeden dentobus, którego harmonogram nie zapewnia regularnych wizyt w większości gmin.

Opieka zdrowotna nad uczniami

Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078 z późn. zm.) określa ramy opieki zdrowotnej w środowisku szkolnym.

W obszarze zdrowia jamy ustnej istotne są dwa elementy: możliwość funkcjonowania gabinetów stomatologicznych w szkołach oraz zakres zadań pielęgniarki/higienistki szkolnej.

Ustawa dopuszcza tworzenie gabinetów stomatologicznych w szkołach, jednak ich powstanie nie jest obowiązkowe i zależy od decyzji organu prowadzącego. W przypadku utworzenia, gabinet zapewnia uczniom świadczenia stomatologiczne finansowane z NFZ lub innych źródeł.

Zakres opieki w gabinecie szkolnym obejmuje:

- badanie stomatologiczne,
- ocenę stanu jamy ustnej,
- leczenie zachowawcze w zakresie świadczeń gwarantowanych,
- profilaktykę fluorkową, lakierowanie i lakowanie,
- edukację zdrowotną dotyczącą higieny jamy ustnej.

Zakres zadań pielęgniarki/higienistki szkolnej istotny dla programu obejmuje:

- edukację zdrowotną dotyczącą higieny jamy ustnej,
- wspieranie działań profilaktycznych prowadzonych przez podmioty zewnętrzne,
- identyfikację problemów zdrowotnych uczniów i kierowanie do lekarza dentysty,
- współpracę z rodzicami i nauczycielami.

Dostępność świadczeń i ograniczenia praktyczne

Dane BASIW oraz Map Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 i 2027-2031 wskazują, że liczba

świadczeniodawców stomatologicznych w województwie łódzkim jest niewystarczająca, a w wielu powiatach - w tym w powiatach otaczających Kleszczów - dostępność do gabinetów z kontraktem NFZ jest minimalna lub nie istnieje. W Gminie Kleszczów nie funkcjonuje żaden podmiot udzielający świadczeń stomatologii dziecięcej finansowanych ze środków publicznych, co oznacza, że dzieci i młodzież mogą korzystać wyłącznie z usług komercyjnych. Dodatkowo występują długie kolejki, brak terminów dostosowanych do potrzeb dzieci oraz brak koordynacji między POZ a stomatologią.

Obecne postępowanie wobec kobiet w ciąży

Rekomendacja AOTMiT 42/2025 podkreśla, że edukacja zdrowotna kobiet w ciąży jest kluczowym elementem profilaktyki wczesnej próchnicy dziecięcej (ECC). Obecny system ochrony zdrowia nie zapewnia dedykowanych działań profilaktycznych w zakresie zdrowia jamy ustnej dla kobiet w ciąży. Choć świadczenia stomatologiczne dla ciężarnych są finansowane przez NFZ, system nie obejmuje edukacji dotyczącej higieny jamy ustnej, żywienia, profilaktyki próchnicy ani oceny ryzyka bakteryjnego. Szkoły rodzenia nie realizują obowiązkowo edukacji stomatologicznej, a dostępność do takich zajęć jest nierówna.

W konsekwencji kobiety w ciąży nie otrzymują systemowego wsparcia w zakresie profilaktyki próchnicy, mimo że stan zdrowia jamy ustnej matki ma kluczowy wpływ na ryzyko wystąpienia próchnicy u dziecka.

Podsumowanie

Obecne rozwiązania systemowe nie zapewniają skutecznej, regularnej i powszechnej profilaktyki próchnicy u dzieci i młodzieży ani edukacji stomatologicznej dla kobiet w ciąży. Brak świadczeniodawców stomatologii dziecięcej w Gminie Kleszczów, ograniczona dostępność świadczeń NFZ w regionie, brak zorganizowanej profilaktyki szkolnej i przedszkolnej oraz brak działań skierowanych do przyszłych rodziców jednoznacznie wskazują na konieczność wdrożenia lokalnego programu polityki zdrowotnej.

Choć świadczenia stomatologiczne są finansowane przez NFZ, ustawa nie zapewnia narzędzi do prowadzenia systematycznej profilaktyki stomatologicznej, co wskazuje jednoznacznie, że obecne rozwiązania nie zabezpieczają potrzeb zdrowotnych populacji pediatrycznej ani przyszłych rodziców, co wymaga uzupełnienia poprzez lokalne programy polityki zdrowotnej.

Rekomendacja Prezesa AOTMiT nr 42/2025 potwierdza, że program obejmujący populację 0-18 lat oraz kobiety w ciąży stanowi właściwą i konieczną odpowiedź na istniejące potrzeby zdrowotne.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat zamieszkujących Gminę Kleszczów w latach 2026-2028, rozumiana jako:

- zwiększenie odsetka dzieci posiadających aktualny przegląd stomatologiczny do poziomu co najmniej 85% uczestników programu,
- zmniejszenie odsetka dzieci z aktywnymi zmianami próchnicowymi o co najmniej 15% względem wartości wyjściowej,
- zwiększenie odsetka dzieci stosujących prawidłowe techniki higieny jamy ustnej o minimum 20% względem poziomu wyjściowego.

Realizacja celu głównego będzie oceniana na podstawie porównania wyników badań klinicznych (PUW/puw, liczba aktywnych ubytków, wskaźniki higieny jamy ustnej) oraz wyników ankiet dotyczących zachowań zdrowotnych przeprowadzonych przed udziałem w programie i po jego zakończeniu.

II. 2 Cele szczegółowe

Cel szczegółowy 1 - profilaktyka kliniczna u dzieci 0-18 lat

Zwiększenie odsetka dzieci, u których przeprowadzono profesjonalną ocenę stanu jamy ustnej oraz wykonano adekwatne interwencje profilaktyczne (lakierowanie, lakowanie, instruktaż higieny), tak aby co najmniej 85% uczestników programu w latach 2026-2028 zostało objętych pełną oceną kliniczną oraz minimum jedną interwencją profilaktyczną dostosowaną do wieku i indywidualnego ryzyka próchnicy.

Cel szczegółowy 2 - edukacja rodziców, opiekunów i przyszłych rodziców

Zwiększenie poziomu wiedzy rodziców, opiekunów oraz przyszłych rodziców dotyczącej profilaktyki próchnicy dziecięcej, zasad higieny jamy ustnej, żywienia oraz zapobiegania transmisji bakterii próchnicotwórczych, tak aby co najmniej 80% uczestników zajęć edukacyjnych odnotowało poprawę wyniku testu wiedzy o minimum 25% względem wartości wyjściowej.

Cel ten obejmuje również kobiety w ciąży oraz osoby uczestniczące w zajęciach szkół rodzenia, które w ramach edukacji otrzymają dedykowany zakres tematyczny dotyczący profilaktyki ECC i zdrowia jamy ustnej dziecka.

Cel szczegółowy 3 - utrwalenie zachowań prozdrowotnych w rodzinach

Zwiększenie odsetka rodzin, które deklarują wprowadzenie co najmniej jednej trwałej zmiany w zachowaniach zdrowotnych sprzyjających zdrowiu jamy ustnej dziecka (takich jak: regularne szczotkowanie, stosowanie nici dentystycznej lub szczoteczek międzyzębowych, ograniczenie spożycia słodzonych napojów i przekąsek, regularne wizyty kontrolne).

Zakłada się, że co najmniej 30% uczestników programu w latach 2026-2028 zadeklaruje wprowadzenie takiej zmiany w ankiecie ewaluacyjnej.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Mierniki celu głównego

1. Odsetek dzieci, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartość wskaźnika PUW/puw oraz liczbę aktywnych ubytków - poprawa na poziomie co najmniej 15% względem wartości wyjściowej.

2. Odsetek dzieci stosujących prawidłowe techniki higieny jamy ustnej (np. szczotkowanie co najmniej 2 razy dziennie) - wzrost o minimum 20%.
3. Odsetek dzieci posiadających aktualny przegląd stomatologiczny - osiągnięcie poziomu co najmniej 85% uczestników programu.

Mierniki celu szczegółowego 1 - profilaktyka kliniczna

1. Odsetek dzieci objętych pełną oceną kliniczną - co najmniej 85% uczestników programu.
2. Odsetek dzieci, które otrzymały co najmniej jedną interwencję profilaktyczną (lakierowanie, lakowanie, instruktaż higieny) - co najmniej 80% uczestników.
3. Odsetek dzieci, u których odnotowano poprawę wskaźnika higieny jamy ustnej (PHI) - co najmniej 20% uczestników.

Mierniki celu szczegółowego 2 - edukacja dorosłych

1. Odsetek rodziców, opiekunów i przyszłych rodziców, którzy poprawili wynik testu wiedzy o minimum 25% - osiągnięcie rezultatu u co najmniej 80% uczestników.

Mierniki celu szczegółowego 3 - zmiana zachowań zdrowotnych

1. Odsetek rodzin deklarujących wprowadzenie co najmniej jednej trwałej zmiany zachowania sprzyjającej zdrowiu jamy ustnej dziecka - co najmniej 30% uczestników programu.

Przyjęte wartości docelowe wskaźników oparto na doświadczeniach jednostek samorządu terytorialnego realizujących podobne programy, na danych epidemiologicznych zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 oraz 2027-2031, a także na zaleceniach Prezesa AOTMiT przedstawionych w Rekomendacji nr 42/2025. Dostępne dane potwierdzają, że uzyskanie poprawy wiedzy zdrowotnej na poziomie 25-30%, poprawy wskaźników higieny na poziomie 15-20% oraz objęcia populacji działaniami na poziomie 80-90% jest zarówno realne, jak i zgodne z dotychczasową praktyką realizatorów programów profilaktycznych.

Wszystkie wskaźniki i mierniki efektywności będą określane dwukrotnie: przed rozpoczęciem programu oraz po jego zakończeniu.

Uzyskana zmiana wartości wskaźników - zarówno jej kierunek, jak i wielkość - będzie stanowić jedyną podstawę oceny skuteczności programu, zgodnie z zasadami stosowanymi przez AOTMiT.

Ocena programu będzie prowadzona w sposób ciągły (po każdym roku realizacji) oraz w ramach ewaluacji końcowej, z wykorzystaniem danych źródłowych obejmujących: dokumentację realizatora, wyniki badań klinicznych, testy wiedzy, ankiety oceny zachowań zdrowotnych oraz dane NFZ.

Wartości docelowe zostały również zweryfikowane pod kątem możliwości organizacyjnych i finansowych Gminy Kleszczów i uznane za możliwe do osiągnięcia w latach 2026-2028.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1 Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią wszystkie dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat zamieszkujące Gminę Kleszczów, a także osoby dorosłe uczestniczące w działaniach edukacyjnych, tj. rodzice i opiekunowie dzieci oraz kobiety w ciąży i uczestnicy szkół rodzenia. Program obejmuje zarówno działania profilaktyczne i diagnostyczne kierowane do dzieci i młodzieży, jak i działania edukacyjne skierowane do dorosłych opiekunów, których zachowania zdrowotne mają kluczowy wpływ na stan zdrowia jamy ustnej najmłodszych mieszkańców gminy.

1. Populacja dzieci i młodzieży 0-18 lat

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (BDL GUS) za rok 2023, populacja dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat zamieszkujących Gminę Kleszczów wynosi 1 799 osób, w tym 892 dziewczynki oraz 907 chłopców. Wszystkie osoby z tej grupy wiekowej są potencjalnymi beneficjentami działań profilaktycznych i diagnostycznych programu.

Ze względu na fakt, że program realizowany będzie w latach 2026-2028, populacja objęta działaniami ulegnie powiększeniu o nowe roczniki urodzeń. W 2023 roku w gminie urodziło się 54 dzieci, co odpowiada średniej liczbie urodzeń obserwowanej w ostatnich latach. Przyjęcie wartości stabilnej liczby urodzeń pozwala oszacować, że w trakcie trzyletniej realizacji programu populacja dzieci 0-18 lat zwiększy się o ok. 150-160 nowych mieszkańców.

W związku z tym przewiduje się, że łączna populacja dzieci i młodzieży objęta programem wyniesie ok. 1 950 osób w okresie jego realizacji.

Szczegółowe dane dotyczące populacji dzieci i młodzieży przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Liczebność grup wiekowych w populacja całościowej programu - XII 2023 r.

Grupa wiekowa	Populacja dziewcząt	Populacja chłopców	Populacja całościowa
15-19	216	219	435
10-14	261	249	510
5-9	242	232	474
0-4	173	207	380
Razem	892	907	1 799

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL:https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Kleszczow

2. Populacja dorosłych objętych działaniami edukacyjnymi

Działania edukacyjne programu obejmują wszystkich dorosłych, których zachowania zdrowotne mają wpływ na zdrowie jamy ustnej dzieci - zarówno aktualnych rodziców, jak i przyszłych rodziców.

a) Rodzice i opiekunowie dzieci 0-18 lat

Dorośli ci stanowią kluczową grupę edukacyjną programu, ponieważ:

- odpowiadają za kształtowanie nawyków higienicznych dzieci,
- decydują o częstotliwości wizyt stomatologicznych,
- kontrolują dietę oraz zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży.

Przyjmując typowy współczynnik uczestnictwa rodziców w działaniach programów JST (40-60% populacji dzieci) oraz specyfikę gminy Kleszczów, szacuje się, że w latach 2026-2028 w działaniach edukacyjnych weźmie udział ok. 800 dorosłych opiekunów.

b) Kobiety w ciąży

Edukacja kobiet w ciąży jest elementem zalecanym w Rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 42/2025, ponieważ stan zdrowia jamy ustnej matki oraz jej wiedza dotycząca profilaktyki próchnicy w istotny sposób wpływają na ryzyko rozwoju próchnicy u dziecka (w szczególności ciężkiej próchnicy wczesnodziecięcej - ECC).

Na podstawie średniej liczby urodzeń (54 rocznie) oraz uwzględnienia ciąż zakończonych poronieniami, zmianą miejsca zamieszkania lub nieujętych w statystykach wczesnych ciąż, przyjmuje się, że faktyczna liczba kobiet w ciąży w gminie wynosi ok. 60 rocznie.

W okresie realizacji programu przewiduje się udział ok. 180 kobiet w ciąży.

c) Uczestnicy szkół rodzenia (kobiety + osoby towarzyszące)

W gminach o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym udział kobiet w zajęciach szkół rodzenia wynosi średnio 50-70%. Przyjęcie wartości konserwatywnej na poziomie 60% daje ok. 36 kobiet rocznie uczestniczących w zajęciach, czyli ok. 108 kobiet w okresie trzech lat.

Dodatkowo zakłada się obecność osób towarzyszących (partnerów, członków rodziny, osób wspierających) w liczbie odpowiadającej ok. 50% liczby uczestniczek, co daje ok. 54 osoby.

Łącznie populacja szkół rodzenia wyniesie ok. 160 osób w latach 2026-2028.

Tabela 2. Podsumowanie populacji objętej programem

Grupa	Liczba osób (szacunkowa)	Zakres programu
Dzieci i młodzież 0-18 lat	ok. 1 950	diagnostyka, profilaktyka, lakierowania, ocena ryzyka
Rodzice/opiekunowie dzieci 0-18 lat	ok. 800	edukacja zdrowotna
Kobiety w ciąży	ok. 180	edukacja zdrowotna (moduł ciążyowy)
Uczestnicy szkół rodzenia (kobiety + osoby towarzyszące)	ok. 160	edukacja zdrowotna (moduł szkoły rodzenia)

Źródło: opracowanie własne

III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Kryteria włączenia do programu

1. Kryteria kwalifikacji do świadczeń profilaktycznych i diagnostycznych (dzieci i młodzież 0-18 lat)

Do programu kwalifikowane są dzieci i młodzież spełniające łącznie następujące warunki:

- a) zamieszkiwanie na terenie Gminy Kleszczów, potwierdzone jednym z następujących dokumentów:
 - zaświadczenie z Urzędu Gminy,
 - dokument tożsamości z adresem,
 - poświadczenie w aplikacji mObywatel,
 - inny dokument potwierdzający zamieszkanie zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- b) wiek od 0 do 18 lat na dzień kwalifikacji do programu.

Weryfikacja odbywa się na podstawie numeru PESEL lub innego dokumentu zawierającego datę urodzenia.

c) zgoda na udział w programie:

- pisemna zgoda rodzica/opiekuna - w przypadku uczestników poniżej 16. roku życia,
- pisemna zgoda uczestnika - w przypadku młodzieży w wieku 16 lat i więcej.

Formularz zgody włączany jest do dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

d) brak przeciwwskazań medycznych do wykonania badania stomatologicznego lub profilaktyki fluorkowej.

Weryfikacja odbywa się podczas kwalifikacji medycznej prowadzonej przez realizatora programu.

2. Kryteria kwalifikacji do działań edukacyjnych (rodzice, opiekunowie, kobiety w ciąży, osoby towarzyszące)

Do działań edukacyjnych programu kwalifikują się:

1. Rodzice i opiekunowie dzieci w wieku 0-18 lat, zamieszkujący na terenie Gminy Kleszczów.
2. Kobiety w ciąży zamieszkujące Gminę Kleszczów.
3. Osoby towarzyszące uczestniczkom szkół rodzenia, zamieszkujące na terenie gminy (np. partnerzy, członkowie rodziny).

Warunkiem udziału jest:

- pisemna zgoda uczestnika na udział w zajęciach edukacyjnych,
- potwierdzenie zamieszkania jednym z dokumentów wskazanych w części dotyczącej świadczeń profilaktycznych.

Kryteria wyłączenia z programu

Z udziału w programie wyłącza się uczestników niespełniających któregokolwiek z kryteriów włączenia, w szczególności w przypadku:

- braku podpisanej zgody na udział w programie.
- braku potwierdzenia zamieszkania na terenie Gminy Kleszczów.
- braku możliwości potwierdzenia wieku uczestnika.
- stwierdzenia przeciwwskazań medycznych uniemożliwiających wykonanie świadczenia lub zagrażających bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika.
- niezuzupełnienia wymaganej dokumentacji zgłoszeniowej w terminie określonym przez realizatora.

Zasady rekrutacji

Rekrutacja będzie prowadzona w sposób ciągły od momentu rozpoczęcia programu, z zachowaniem zasady równego dostępu. Uczestnicy będą przyjmowani do czasu wyczerpania środków finansowych przewidzianych na realizację programu oraz limitów określonych w umowie z realizatorem/realizatorami. Wszystkie osoby spełniające kryteria włączenia i zgłaszające się w czasie trwania programu zostaną objęte działaniami edukacyjnymi, a działania kliniczne będą realizowane zgodnie z kolejnością zgłoszeń i harmonogramem realizatora.

Planowany okres realizacji programu

Program będzie realizowany od stycznia 2026 r. do grudnia 2028 r. Wszystkie świadczenia edukacyjne, diagnostyczne i profilaktyczne muszą zostać wykonane w tym okresie.

III.3 Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej, spełniający warunki włączenia, będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań obejmujących edukację zdrowotną skierowaną do rodziców, opiekunów i kobiet w ciąży, profesjonalną ocenę stanu jamy ustnej dzieci i młodzieży, ocenę indywidualnego ryzyka próchnicy oraz świadczenia profilaktyczne zgodne z założeniami programu (w tym lakierowanie, lakowanie bruzd, instruktaż higieny oraz - w uzasadnionych przypadkach - leczenie zachowawcze w ramach świadczeń uzupełniających).

Świadczenia stomatologiczne realizowane w ramach programu mają charakter uzupełniający i rozszerzający względem świadczeń gwarantowanych NFZ, zgodnie z Rekomendacją Prezesa AOTMiT nr 42/2025, i nie zastępują świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Program obejmuje interwencje dla dzieci i młodzieży 0-18 lat oraz działania edukacyjne skierowane do rodziców, opiekunów i kobiet w ciąży - jako kluczowego elementu profilaktyki wczesnej próchnicy dziecięcej (ECC).

W ramach programu Realizator przeprowadzi następujące działania:

Etap I - działania organizacyjne

1. Kampania informacyjna;
2. Rekrutacja uczestników.

Etap II - działania edukacyjne i interwencja medyczna

3. Działania edukacyjne;
4. Wizyta kwalifikacyjna, profesjonalna ocena stanu jamy ustnej i indywidualnego ryzyka próchnicy oraz realizacja świadczeń profilaktycznych i zachowawczych zgodnie z założeniami programu.

Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze

5. Monitorowanie prac w ramach programu;
6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

Etap I - działania organizacyjne

Ad. 1. Kampania informacyjna

Kampania informacyjna będzie skierowana do rodziców i opiekunów dzieci w wieku 0-18 lat, nauczycieli i personelu placówek oświatowych oraz kobiet w ciąży. Jej celem będzie zwiększenie świadomości znaczenia profilaktyki próchnicy, wczesnego wykrywania chorób jamy ustnej oraz roli rodziców i przyszłych rodziców w kształtowaniu zdrowych nawyków higienicznych.

Informacja o programie będzie dystrybuowana za pośrednictwem lokalnych instytucji - żłobków, przedszkoli, szkół, POZ, szkoły rodzenia, jednostek organizacyjnych JST, mediów lokalnych oraz kanałów elektronicznych.

W ramach kampanii mieszkańcy zostaną poinformowani m.in. o:

- znaczeniu zdrowia jamy ustnej dla rozwoju dziecka, nauki mówienia, odżywiania i jakości życia,
- skali problemu próchnicy w populacji 0-18 lat, w tym wysokim odsetku próchnicy wczesnego dzieciństwa (ECC),

- roli rodziców i opiekunów w zapobieganiu ECC poprzez budowanie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych,
- zakresie działań dostępnych w programie: edukacja zdrowotna rodziców i kobiet w ciąży, ocena stanu jamy ustnej, ocena ryzyka próchnicy, lakierowanie, lakowanie, instruktaż higieny,
- możliwości skorzystania z bezpłatnych świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży - pod warunkiem spełnienia kryteriów kwalifikacji,
- komplementarności programu względem świadczeń finansowanych przez NFZ.

Działania informacyjne obejmą:

- plakaty i ulotki w żłobkach, przedszkolach, szkołach, POZ, aptekach, ośrodku pomocy społecznej, bibliotece, urzędzie gminy,
- publikacje na stronie internetowej gminy, w mediach lokalnych i mediach społecznościowych JST,
- przekazanie informacji do szkół rodzenia i poradni ginekologiczno-położniczych,
- dystrybucję materiałów wśród nauczycieli i wychowawców celem przekazania rodzicom,
- informację o numerze telefonu, adresie realizatora i zasadach zgłaszania dziecka/rodzica do programu.

Każdy materiał kampanii będzie przygotowany z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, zgodnie z zasadami WCAG (czytelność, kontrast, możliwość uzyskania informacji telefonicznie).

Priorytetowy charakter pierwszego miesiąca kampanii

W pierwszym miesiącu szczególny nacisk zostanie położony na dotarcie do:

- rodziców dzieci w żłobkach i przedszkolach,
- rodziców uczniów klas 1-3 SP - kluczowy okres wyrzynania zębów stałych,
- kobiet w ciąży i uczestników szkół rodzenia,
- rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- POZ - szczególnie podczas bilansów zdrowia.

Ocena skuteczności kampanii

Efektywność kampanii będzie monitorowana poprzez:

- liczbę zgłoszeń w pierwszym miesiącu rekrutacji,
- liczbę wejść na stronę programu i interakcji w kanałach JST,
- liczbę rozdanych materiałów drukowanych,
- liczbę szkół/przedszkoli, które włączyły się w dystrybucję,
- odsetek uczestników, którzy wskażą kampanię jako źródło informacji (ankieta wstępna).

Wyniki zostaną przedstawione w sprawozdaniu rocznym i końcowym.

Ad. 2. Rekrutacja uczestników

Rekrutacja uczestników programu obejmuje dwie odrębne ścieżki:

1. rekrutację dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat do świadczeń profilaktycznych i diagnostycznych,
2. rekrutację dorosłych (rodziców/opiekunów oraz kobiet w ciąży) do działań edukacyjnych.

Obie ścieżki są prowadzone zgodnie z kryteriami kwalifikacji określonymi w rozdziale dotyczącym kryteriów włączenia i wyłączenia, z zachowaniem zasad równego dostępu i transparentności procesu.

Ad.2.1. Rekrutacja dzieci i młodzieży 0-18 lat do świadczeń medycznych

1. Zasady ogólne

Przed rozpoczęciem interwencji medycznych Realizator przeprowadza kwalifikację uczestników, obejmującą:

- weryfikację formalną (zamieszkanie, wiek, kompletność dokumentów),
- weryfikację zgody (rodzica/opiekuna lub uczestnika ≥ 16 lat),
- kwalifikację medyczną (ocena stanu zdrowia jamy ustnej i bezpieczeństwa wykonania świadczeń).

Do programu kwalifikowane są wyłącznie osoby spełniające kryteria włączenia oraz nieobjęte kryteriami wyłączenia.

Rekrutacja prowadzona jest do momentu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację programu, z możliwością tworzenia listy rezerwowej. Zgłoszenia przyjmowane są osobiście, telefonicznie oraz - jeśli umożliwi to Realizator - elektronicznie.

2. Podział zadań w procesie rekrutacji

Pracownik administracyjny Realizatora:

- weryfikuje spełnienie warunków formalnych (zamieszkanie na terenie Gminy Kleszczów, wiek uczestnika, kompletność zgody),
- sprawdza poprawność dokumentacji zgłoszeniowej (formularz zgody, ankieta wstępna),
- prowadzi listę zgłoszeń oraz listę rezerwową,
- dokumentuje odrzucenia zgłoszeń z podaniem przyczyny,
- przekazuje rodzicom/opiekunom informacje o kolejnych etapach programu,
- zapewnia dostępność formularzy w wersji papierowej oraz - jeśli możliwe - elektronicznej.

Lekarz dentysta lub higienistka stomatologiczna (w zakresie uprawnień):

- przeprowadza kwalifikację medyczną,
- wykonuje wywiad dotyczący stanu zdrowia dziecka, alergii, chorób przewlekłych oraz wcześniejszych wizyt stomatologicznych,
- ocenia nawyki higieniczne, dietetyczne oraz czynniki ryzyka próchnicy (w tym ryzyko ECC),
- wykonuje badanie przedmiotowe jamy ustnej zgodnie z załączoną kartą badania,
- ocenia indywidualne ryzyko próchnicy (w tym wczesnych objawów ECC),
- kwalifikuje do świadczeń profilaktycznych (instruktaż, lakierowanie, lakowanie) oraz zachowawczych przewidzianych w programie,
- informuje rodzica/opiekuna o zakresie interwencji i zasadach postępowania po zabiegach,
- w razie potrzeby kieruje do dalszego leczenia w ramach NFZ lub poza programem,
- może odroczyć lub wyłączyć uczestnika z powodu przeciwwskazań medycznych.

3. Zakres kwalifikacji medycznej

Kwalifikacja medyczna obejmuje:

- wywiad zdrowotny (choroby przewlekłe, alergie, stosowane leki, historia stomatologiczna),

- ocenę nawyków higienicznych i żywieniowych (w tym spożycia cukrów, picia słodkich napojów),
- ocenę czynników ryzyka próchnicy wczesnodziecięcej (ECC),
- badanie kliniczne jamy ustnej z użyciem standardowych wskaźników (np. PUW/puw, wskaźniki płytki nazębnej),
- identyfikację zmian wymagających leczenia zachowawczego,
- ocenę bezpieczeństwa wykonania zabiegów profilaktycznych i leczniczych w warunkach ambulatoryjnych,
- kwalifikację do świadczeń w ramach programu:
- instruktaż higieny,
- zabiegi profilaktyczne,
- lakierowanie fluorem,
- lakowanie bruzd,
- wypełnianie ubytków zębowych materiałami zgodnie z programem.

4. Dokumentacja rekrutacyjna

Realizator prowadzi pełną dokumentację zgodnie z przepisami o dokumentacji medycznej (Dz.U. 2020 poz. 666 z późn. zm.):

- podpisane zgody rodziców/opiekunów lub uczestników ≥ 16 lat,
- ankiety kwalifikacyjne,
- karty badań stomatologicznych,
- dokumentację medyczną prowadzoną zgodnie z rozporządzeniem MZ,
- rejestry zgłoszeń, listy rezerwowe i dokumentację odrzuceń.

Dokumenty przechowywane są przez okres wymagany przepisami prawa, z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych (RODO).

5. Decyzja o kwalifikacji

Po przeprowadzeniu wizyty kwalifikacyjnej uczestnik zostaje:

- a) zakwalifikowany do pełnego pakietu świadczeń programu (edukacja + profilaktyka + leczenie zachowawcze),
- b) zakwalifikowany częściowo, jeśli nie wymaga wszystkich świadczeń,
- c) czasowo odroczone z powodu przeciwwskazań medycznych,
- d) wyłączony z programu, jeśli nie spełnia kryteriów włączenia lub ma trwałe przeciwwskazania medyczne.

Każda decyzja jest odnotowana w dokumentacji programu.

Ad.2.2. Rekrutacja do działań edukacyjnych (rodzice, opiekunowie, kobiety w ciąży, uczestnicy szkół rodzenia)

Rekrutacja do działań edukacyjnych ma charakter uproszczony, ponieważ nie obejmuje świadczeń medycznych.

Do zajęć edukacyjnych kwalifikują się:

- rodzice i opiekunowie dzieci w wieku 0-18 lat,
- kobiety w ciąży,

- osoby towarzyszące uczestniczkom szkół rodzenia,
- wszyscy wyżej wymienieni pod warunkiem zamieszkania na terenie Gminy Kleszczów oraz podpisania zgody na udział.

1. Zasady rekrutacji

- Rekrutacja prowadzona jest w sposób ciągły.
- Zgłoszenia przyjmowane są w formie papierowej, telefonicznej oraz - jeśli to możliwe - elektronicznej.
- Realizator informuje o terminach zajęć edukacyjnych, zakresie tematycznym oraz zasadach uczestnictwa.
- W przypadku przekroczenia liczby miejsc tworzona jest lista rezerwowa.

2. Dokumentacja edukacyjna

- podpisana zgoda uczestnika,
- lista obecności z zajęć edukacyjnych,
- ankieta testu wiedzy (pre-test i post-test),
- ankieta oceny zajęć.

3. Kwalifikacja i wyłączenie

Uczestnik może być wyłączony z rekrutacji w przypadku:

- braku zgody,
- braku potwierdzenia zamieszkania na terenie gminy,
- nieuzupełnienia dokumentów w wyznaczonym terminie.

Monitorowanie procesu rekrutacji do obu etapów

Realizator prowadzi:

- rejestry zgłoszeń, kwalifikacji i odroczeń,
- analizę demograficzną uczestników,
- dokumentację dotyczącą listy rezerwowej,
- raporty kwartalne i roczne obejmujące liczbę zgłoszeń, kwalifikacji i przyczyn odrzuceń.

Sprawozdawczość przekazywana jest Gminie Kleszczów zgodnie z harmonogramem programu.

Etap II - działania edukacyjne i interwencja medyczna

Ad. 3. Działania edukacyjne

Materiały informacyjne i edukacyjne zostaną przygotowane przez Realizatora Programu w oparciu o aktualną wiedzę medyczną z zakresu stomatologii dziecięcej (stan wiedzy na 2025 r.), w tym wytyczne WHO, ACFF, FDI oraz Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Kampania edukacyjna kierowana jest do rodziców i opiekunów dzieci w wieku 0-18 lat, kobiet w ciąży, osób uczestniczących w zajęciach szkół rodzenia oraz - w przypadku starszych dzieci - do samych uczniów.

Materiały będą dystrybuowane za pomocą stron internetowych, mediów społecznościowych, plakatów, ulotek, tablic informacyjnych oraz w placówkach edukacyjnych i podmiotach leczniczych na terenie Gminy Kleszczów.

Zakres działań edukacyjnych

Działania edukacyjne w programie obejmują:

1. Kampanię informacyjno-edukacyjną dotyczącą:

- a) celów i założeń programu,
- b) dostępnych świadczeń,
- c) znaczenia profilaktyki stomatologicznej u dzieci,
- d) wczesnego wykrywania i leczenia próchnicy oraz ECC.

2. Zajęcia edukacyjne dla rodziców i opiekunów, kobiet w ciąży i uczestników szkół rodzenia, obejmujące:

- a) czynniki ryzyka próchnicy u dzieci (w tym ECC),
- b) zasady prawidłowej higieny jamy ustnej u niemowląt, dzieci i młodzieży,
- c) znaczenie diety i ograniczenia spożycia cukrów prostych,
- d) rolę fluoru w profilaktyce (past fluorowych i lakierowania),
- e) konieczność kontroli stomatologicznych co 6-12 miesięcy,
- f) wpływ zachowań rodziców (modeling),
- g) zasady bezpiecznego żywienia niemowląt (unikanie zasypiania z butelką, karmienia nocnego, słodkich napojów),
- h) znaczenie zdrowia jamy ustnej w okresie ciąży,
- i) dietę, higienę oraz czynniki ryzyka transmisji bakterii próchnicotwórczych (tzw. window of infectivity),
- j) zasady opieki stomatologicznej nad niemowlęciem od pierwszych miesięcy życia.

3. Edukację grupową dla dzieci i młodzieży, obejmującą:

- a) podstawy higieny jamy ustnej,
- b) praktyczny pokaz techniki szczotkowania,
- c) znaczenie zdrowej diety,
- d) szkodliwość słodkich napojów i podjadania,
- e) wpływ nawyków zdrowotnych na stan jamy ustnej
- f) instrukcje dla dzieci i młodzieży dotyczące profilaktyki codziennej.

4. Edukację indywidualną prowadzoną podczas wizyty kwalifikacyjnej dziecka:

- a) instruktaż higieny,
- b) ocenę błędów higienicznych,
- c) indywidualne zalecenia żywieniowe,
- d) wskazówki dotyczące profilaktyki fluorkowej i lakowania bruzd.

Treści edukacyjne w programie

a) czynniki ryzyka próchnicy u dzieci, w tym ECC

- niewłaściwe nawyki higieniczne,
- picie słodkich napojów, także w nocy,
- podjadanie między posiłkami,
- zasypianie z butelką,
- niska zgłaszalność na badania kontrolne,
- niewystarczająca podaż fluoru,
- brak nadzoru rodzicielskiego nad higieną jamy ustnej dzieci.

b) profilaktyka stomatologiczna

- techniki szczotkowania dla poszczególnych grup wiekowych,

- stosowanie past fluorowych (1000-1450 ppm F dla dzieci),
 - nitkowanie i higiena przestrzeni międzyzębowych,
 - stosowanie lakierów fluorkowych i lakowania bruzd,
 - edukacja zgodna z rekomendacjami ACFF, FDI i PTS.
- c) choroby jamy ustnej i ich konsekwencje
- przebieg i objawy próchnicy,
 - rozwój ECC i jego powikłania,
 - wpływ chorób jamy ustnej na funkcje żucia, mowy i rozwój dziecka,
 - znaczenie wczesnej interwencji.
- d) ocena ryzyka próchnicy (CRA)
- zgodnie z aktualnymi wytycznymi krajowymi i międzynarodowymi.
- e) znaczenie regularnych wizyt kontrolnych
- co 6-12 miesięcy zgodnie z wytycznymi ACFF.
- f) zasady korzystania ze świadczeń NFZ i programu
- zrozumiały podział ról: program uzupełnia, a nie zastępuje świadczeń gwarantowanych.

Formy realizacji działań edukacyjnych

Edukacja będzie prowadzona w trzech formach:

1. edukacja indywidualna (podczas wizyty stomatologicznej)
2. edukacja grupowa:
 - a) dla dzieci
 - b) dla rodziców i opiekunów, kobiet w ciąży i uczestników szkół rodzenia
3. edukacja populacyjna

1. Edukacja indywidualna (podczas wizyty stomatologicznej)

Podczas każdej wizyty diagnostycznej i profilaktycznej prowadzona jest spersonalizowana edukacja skierowana do dziecka oraz jego rodziców/opiekunów. Obejmuje ona instruktaż higieniczny dostosowany do wieku dziecka, prezentację prawidłowych technik szczotkowania, omówienie błędów higienicznych i ich korektę, a także rekomendacje dotyczące profilaktyki fluorkowej.

W trakcie wizyty omawiane są również czynniki ryzyka próchnicy (w tym ECC), zasady zdrowego żywienia i ograniczania spożycia cukrów prostych, konsekwencje zasypiania z butelką, karmienia nocnego czy podjadania między posiłkami oraz rola rodzica jako modela zachowań zdrowotnych. Rodzice otrzymują pisemne zalecenia oraz materiały edukacyjne.

Edukacja indywidualna jest obowiązkowym elementem każdego pakietu świadczeń realizowanych w ramach programu.

2. Edukacja grupowa

2a. edukacja grupowa dla dzieci

Realizator organizuje corocznie jedno wydarzenie edukacyjne dla dzieci i młodzieży, np. podczas pikniku rodzinnego, Dnia Dziecka lub rozpoczęcia lata. W trakcie wydarzenia dzieci uczestniczą w krótkich warsztatach higienicznych, pokazach techniki szczotkowania na fantomach, konkursach i quizach edukacyjnych. Rodzice otrzymują materiały dotyczące profilaktyki, a edukatorzy prowadzą rozmowy na temat najczęstszych błędów higienicznych.

Wydarzenia te mają charakter popularyzatorski i pozwalają dotrzeć do rodzin, które nie korzystają regularnie z opieki stomatologicznej. Realizator zorganizuje coroczne wydarzenie edukacyjne w formie pikniku lub festynu (np. Dzień Dziecka, rozpoczęcie wakacji). Działanie to ma na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej dzieci i młodzieży, promocję zasad higieny jamy ustnej w formie atrakcyjnej i dostosowanej do wieku, przekazanie materiałów edukacyjnych, krótkie instruktaże higieny w formie warsztatowej oraz budowanie pozytywnych skojarzeń z dbaniem o zęby.

Zajęcia edukacyjne obejmują podstawy higieny jamy ustnej, praktyczny pokaz techniki szczotkowania, znaczenie zdrowej diety, szkodliwość słodkich napojów i podjadania oraz wpływ nawyków zdrowotnych na stan jamy ustnej.

Wydarzenia będą miały charakter otwarty dla całej populacji dzieci 0-18 lat zamieszkujących gminę. Będą realizowane jako jedno wydarzenie edukacyjne w roku, związane z lokalnymi aktywnościami, takimi jak festyny rodzinne, wydarzenia z okazji Dnia Dziecka, początek wakacji lub pikniki zdrowotne.

Działania będą dostosowane do wieku uczestników (przedszkole, szkoła podstawowa, młodzież) i zawierać elementy interaktywne, takie jak fantomy, modele jamy ustnej oraz kolorowanki edukacyjne. Treści edukacyjne będą dostosowywane do wieku odbiorców i ich poziomu wiedzy.

2b. edukacja grupowa dla rodziców, opiekunów, kobiet w ciąży i uczestników szkół rodzenia

W ramach programu Realizator organizuje co najmniej dwa spotkania edukacyjne rocznie (np. wiosna i jesień). Spotkania mają charakter otwarty - dla uczestników programu, ale też pozostałych mieszkańców gminy zainteresowanych tematem. Są kierowane do rodziców i opiekunów dzieci w wieku 0-18 lat, a także do kobiet w ciąży oraz uczestników szkół rodzenia.

Podczas zajęć omawiane są zasady higieny jamy ustnej na poszczególnych etapach rozwoju dziecka, znaczenie diety i ograniczania cukrów, rola past fluorowych i lakierowania, czynniki ryzyka ECC, a także wpływ zdrowia jamy ustnej na ogólny rozwój dziecka. Szczególny nacisk kładzie się na edukację prenatalną i wczesniemowlęcą, w tym znaczenie zdrowia jamy ustnej u kobiet w ciąży, transmisję bakterii próchnicotwórczych („window of infectivity”) oraz zasady wczesnej profilaktyki.

Każde spotkanie obejmuje pre-test i post-test wiedzy, co umożliwi ocenę efektywności działań edukacyjnych oraz monitorowanie zmiany świadomości zdrowotnej uczestników. Testy pozwolą ocenić przyrost wiedzy, zmianę świadomości zdrowotnej oraz osiągnięcie wskaźników efektywności.

Realizator programu gromadzi wyniki pre-testów i post-testów w formie papierowej lub elektronicznej. Wyniki są analizowane zbiorczo w ramach ewaluacji programu, z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych. Dokumentacja musi być przechowywana przez okres co najmniej 5 lat od zakończenia realizacji programu. Wyniki będą prezentowane w sprawozdaniach rocznych i końcowych.

Forma i organizacja działań edukacyjnych dla dorosłych — zasady ogólne

Działania edukacyjne będą prowadzone w formie wykładów, warsztatów i spotkań otwartych. Spotkania grupowe będą realizowane minimum dwa razy w roku - w cyklu wiosennym oraz jesiennym, przy wykorzystaniu przestrzeni dostępnych w gminie, takich jak dom kultury, sale urzędu, szkoły rodzenia oraz pomieszczenia realizatora programu.

Zajęcia mogą odbywać się w formie stacjonarnej lub online, z zapewnieniem interakcji i możliwości zadawania pytań. Będą trwały około 60-90 minut i obejmować część wykładową, warsztatową oraz segment pytań i odpowiedzi. Uczestnicy otrzymają materiały edukacyjne, przygotowane przez Realizatora w oparciu o aktualne wytyczne.

Realizator prowadzi dokumentację zajęć: rejestr uczestników, daty, czas trwania, tematykę, liczbę uczestników oraz formę zajęć. Zajęcia będą prowadzone przez osoby wskazane przez Realizatora, posiadające wymagane kwalifikacje. Materiały edukacyjne zostaną opracowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i dostosowane do wieku oraz potrzeb odbiorców.

3. Edukacja populacyjna

Edukacja populacyjna stanowi kampanię szerokiego zasięgu obejmującą działania prowadzone na stronach internetowych gminy i realizatora, w mediach społecznościowych, za pomocą plakatów, ulotek, infografik oraz tablic informacyjnych. Kampania może być realizowana we współpracy z placówkami edukacyjnymi oraz POZ.

Celem jest prezentacja celów programu, dostępności świadczeń, zasad kwalifikacji, edukacja dotycząca ECC i wczesnej próchnicy, instrukcje dotyczące higieny jamy ustnej w różnych grupach wiekowych, zalecenia dietetyczne, znaczenie regularnych wizyt kontrolnych oraz przypomnienie, że program uzupełnia - a nie zastępuje - świadczenia gwarantowane NFZ.

Kampania będzie prowadzona przez cały okres trwania programu.

Cele działań edukacyjnych

Działania edukacyjne mają na celu:

- zwiększenie wiedzy rodziców, opiekunów i dzieci na temat profilaktyki próchnicy i ECC,
- poprawę zachowań higienicznych i dietetycznych,
- ograniczenie występowania zmian próchnicowych,
- zwiększenie zgłaszalności na badania stomatologiczne,
- poprawę efektywności zabiegów profilaktycznych,
- wyrównanie różnic edukacyjnych między grupami wiekowymi i środowiskami,
- stworzenie trwałych nawyków higienicznych od wczesnego dzieciństwa.

Znaczenie działań edukacyjnych

Działania edukacyjne stanowią podstawę programu i są kluczowym elementem realizacji celów zdrowotnych. Ich systematyczne prowadzenie w całej populacji 0-18 oraz wśród rodziców i kobiet w ciąży pozwoli:

- poprawić higienę jamy ustnej,
- zapobiec rozwojowi ECC,
- ograniczyć występowanie zaawansowanej próchnicy,
- zmniejszyć liczbę koniecznych interwencji leczniczych,
- zwiększyć skuteczność świadczeń profilaktycznych,
- zapewnić długotrwałą zmianę zachowań zdrowotnych.

Ad. 4. Wizyta kwalifikacyjna i interwencja stomatologiczna

Wizyta kwalifikacyjna realizowana jest przed wykonaniem świadczeń profilaktycznych i diagnostycznych w ramach programu i stanowi pierwszy etap interwencji stomatologicznej. Badanie kwalifikacyjne może zostać przeprowadzone przez lekarza dentystę lub higienistkę stomatologiczną posiadającą kwalifikacje zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi wykonywania świadczeń profilaktycznych u dzieci i młodzieży.

Celem wizyty kwalifikacyjnej jest:

- ocena stanu zdrowia jamy ustnej dziecka,
- identyfikacja czynników ryzyka próchnicy, w tym próchnicy wczesnego dzieciństwa (ECC),
- ocena higieny jamy ustnej i nawyków żywieniowych,
- przeprowadzenie oceny indywidualnego ryzyka próchnicy (Caries Risk Assessment - CRA),
- kwalifikacja do właściwej interwencji profilaktycznej,
- określenie zakresu potrzebnych świadczeń profilaktycznych i ewentualnego leczenia zachowawczego,
- przekazanie rodzicowi/opiekunowi lub uczestnikowi (≥ 16 lat) zaleceń dotyczących dalszej profilaktyki i postępowania stomatologicznego.

1. Wywiad medyczny

Wywiad zbierany jest od rodzica/opiekuna lub - w przypadku młodzieży ≥ 16 r.ż. - bezpośrednio od uczestnika.

Obejmuje m.in.:

a) informacje ogólne

- choroby ogólne dziecka (np. choroby metaboliczne, zaburzenia odporności, choroby przewodu pokarmowego, wady rozwojowe),
- przyjmowane leki (m.in. leki powodujące suchość jamy ustnej),
- alergie,
- wcześniejsze leczenie stomatologiczne.

b) nawyki i warunki domowe

- higiena jamy ustnej: częstotliwość szczotkowania, nadzór rodzicielski, używane pasty,
- dieta: spożycie słodzonych napojów, podjadanie między posiłkami, karmienie nocne (niemowlęta),
- stosowanie butelki i smoczka, zasypianie z butelką,
- narażenie na transmisję bakterii próchnicotwórczych od opiekunów.

c) zgłaszalność i problemy stomatologiczne

- czas od ostatniej wizyty,
- zgłaszane dolegliwości bólowe,
- krwawienie dziąseł,
- nadwrażliwość,
- trudności w żuciu lub mowie.

Wywiad jest dostosowany do wieku - dla dzieci młodszych prowadzony wyłącznie z rodzicem, dla starszych również z uczestnikiem.

2. Badanie kliniczne (przedmiotowe)

Badanie prowadzone zgodnie ze standardami ACFF/FDI dla populacji pediatrycznej i obejmuje:

- ocenę higieny jamy ustnej (wskaźnik OHI-S lub jego komponenty),
- ocenę stanu tkanek miękkich,
- ocenę twardych tkanek zęba:
- obecność aktywnych i nieaktywnych zmian próchnicowych,
- obecność przebarwień, demineralizacji (white spot lesions),
- ocenę uzębienia mlecznego i stałego,
- ocenę obecności ECC u dzieci do 6. roku życia,
- ocenę rozwoju zgryzu i ewentualnych parafunkcji,
- ocenę błon śluzowych jamy ustnej i zmian patologicznych.

W uzasadnionych przypadkach wykonane może zostać zdjęcie punktowe RTG zęba - wyłącznie w zakresie koniecznym do diagnostyki.

3. Ocena indywidualnego ryzyka próchnicy (CRA)

Ocena CRA przeprowadzana jest zgodnie z aktualnymi wytycznymi ACFF oraz Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (PTS, 2024) i obejmuje:

- czynniki biologiczne - flora bakteryjna, historia próchnicy u dziecka i rodziców,
- czynniki behawioralne - higiena, dieta, częstość szczotkowania, jakość pasty,
- czynniki kliniczne - obecność aktywnych zmian, wskaźniki higieny, PUW/puw,
- czynniki środowiskowe - dostęp do fluoru, nadzór rodzicielski,
- czynniki społeczne - warunki domowe, dostęp do opieki stomatologicznej.

Uczestnicy klasyfikowani są do trzech poziomów ryzyka:

niskiego, umiarkowanego lub wysokiego, co określa zakres interwencji.

4. Zakres interwencji w zależności od poziomu ryzyka

a) Niskie ryzyko próchnicy

- instruktaż higieny jamy ustnej (techniki dostosowane do wieku),
- edukacja dietetyczna,
- lakierowanie fluorem 1x w roku,
- lakowanie bruzd przy zębach stałych (wg wskazań),
- kontrola i powtórna ocena CRA po 12 miesiącach.

b) Umiarkowane ryzyko próchnicy

- rozszerzony instruktaż higieny + nadzór rodzicielski,
- indywidualny plan profilaktyki,
- lakierowanie fluorem co 6 miesięcy,
- remineralizacja zmian początkowych,
- leczenie ubytków początkowych,
- lakowanie bruzd zębów stałych przy zwiększonym ryzyku,
- kontrola CRA po 6-12 miesiącach.

c) Wysokie ryzyko próchnicy

- intensywna profilaktyka:

- fluoryzacja co 3 miesiące,
- remineralizacja wszystkich zmian początkowych,
- monitorowanie higieny z instruktażem kontrolnym,
- leczenie:
- wczesne leczenie wszystkich aktywnych zmian,
- zabezpieczanie nadwrażliwości,
- częsty monitoring:
- kontrola CRA po 3-6 miesiącach,
- przekazanie zaleceń dotyczących leczenia specjalistycznego w przypadku konieczności.

5. Edukacja zdrowotna podczas kwalifikacji

Rodzic/opiekun lub uczestnik (≥ 16 lat) otrzymuje informacje dotyczące:

- prawidłowej higieny jamy ustnej na etapach rozwojowych,
- technik szczotkowania i higieny międzyzębowej,
- stosowania past fluorowych zgodnie z wiekiem (1000-1450 ppm F),
- znaczenia unikania słodkich napojów i podjadania,
- zasad żywienia niemowląt i małych dzieci zapobiegających ECC,
- znaczenia regularnych badań kontrolnych,
- zaleceń dotyczących lakierowania i lakowania.

6. Świadoma zgoda

Przed wykonaniem świadczeń wymagane jest:

- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego (dzieci < 16 lat),
- pisemna zgoda samego uczestnika (≥ 16 lat),
- zgoda na wykonanie badania i świadczeń profilaktycznych,
- zgoda na przetwarzanie danych zgodnie z RODO.

7. Dokumentacja medyczna

Realizator dokumentuje:

- wyniki badań stomatologicznych,
- wartość wskaźników (PUW, OHI-S),
- poziom ryzyka próchnicy (CRA),
- zakwalifikowany poziom interwencji,
- wykonane świadczenia (profilaktyczne, edukacyjne, lecznicze),
- udzielone zalecenia,
- potrzebę i termin kolejnej kontroli.

Dokumentacja prowadzona jest zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej, ochrony danych osobowych oraz z wykorzystaniem wzorów formularzy stanowiących załączniki do programu.

Interwencja stomatologiczna

Zakres **interwencji stomatologicznej** obejmuje świadczenia wynikające z kwalifikacji medycznej oraz oceny indywidualnego ryzyka próchnicy (CRA). Świadczenia są zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży oraz aktualnymi standardami

profilaktyki stomatologicznej rekomendowanymi przez ACFF, FDI i Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Świadczenia mają charakter profilaktyczny i/lub zachowawczy.

Program nie obejmuje leczenia specjalistycznego, protetycznego ani ortodontycznego.

a) Świadczenia profilaktyczne

Celem świadczeń profilaktycznych jest zapobieganie rozwojowi zmian próchnicowych, poprawa higieny jamy ustnej oraz ograniczenie czynników środowiskowych sprzyjających powstawaniu próchnicy i próchnicy wczesnego dzieciństwa (ECC). W ramach programu mogą być wykonywane:

1. Instruktaż higieny jamy ustnej

- nauka prawidłowych technik szczotkowania dostosowanych do wieku,
- wskazanie konieczności nadzoru rodzicielskiego nad szczotkowaniem do 8. roku życia,
- omówienie higieny międzyzębowej (nitki, szczoteczki międzyzębowe - w starszych grupach),
- omówienie higieny jamy ustnej u niemowląt i dzieci do 3. r.ż.,
- edukacja w zakresie znaczenia past fluorowych adekwatnych do wieku.

2. Profesjonalna fluoryzacja lakierem fluorkowym

- aplikacja lakieru fluorowego na zęby mleczne i stałe,
- częstotliwość zgodna z poziomem ryzyka (co 3, 6 lub 12 miesięcy),
- profilaktyka ECC u dzieci najmłodszych.

3. Lakowanie bruzd zębów stałych

- lakowanie bruzd pierwszych trzonowców stałych (wg standardów PTS),
- lakowanie bruzd kolejnych zębów stałych przy zwiększonym ryzyku próchnicy.

4. Remineralizacja zmian początkowych

- stosowanie preparatów remineralizujących (fluor, hydroksyapatyt, CPP-ACP),
- leczenie zmian w fazie „white spot”.

5. Działania edukacyjne

- przekazanie informacji o diecie, ograniczeniu cukrów prostych,
- zapobieganie karmieniu nocnemu i zasypianiu z butelką,
- ograniczenie słodzonych napojów, przekąsek i podjadania.

b) Wczesne leczenie zachowawcze

W ramach programu możliwe jest wykonanie interwencji zachowawczych obejmujących:

- leczenie ubytków próchnicowych w stopniu początkowym i średnim,
- opracowanie i wypełnienie ubytków w zakresie umożliwiającym leczenie zachowawcze,
- zabezpieczanie nadwrażliwości u dzieci starszych,
- kontynuację procesu remineralizacji zmian początkowych.

W przypadkach wykraczających poza możliwości programu dziecko zostaje skierowane do dalszego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych lub leczenia prywatnego, z pisemnymi zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania.

c) Zakres interwencji według poziomu ryzyka próchnicy (CRA)

Wszyscy uczestnicy programu są kwalifikowani do jednej z trzech grup ryzyka: niskiego, umiarkowanego lub wysokiego. Poziom ryzyka określony podczas oceny CRA decyduje o zakresie i intensywności świadczeń profilaktycznych i zachowawczych.

c.1. grupa ryzyka niskiego

Zakres interwencji:

- instruktaż higieny jamy ustnej i korekta techniki,
- lakierowanie fluorem 1x w trakcie programu,
- lakowanie bruzd zębów stałych (wg wskazań klinicznych),
- edukacja dietetyczna i zdrowotna.

Częstotliwość:

- 1 wizyta profilaktyczna,
- kontrola po 12 miesiącach (jeżeli program trwa dłużej niż rok).

c.2. grupa ryzyka umiarkowanego

Zakres interwencji:

- rozszerzony instruktaż higieny + edukacja rodzicielska,
- lakierowanie fluorem co 6 miesięcy,
- lakowanie bruzd rozszerzone o kolejne zęby przy zwiększonym ryzyku,
- remineralizacja zmian początkowych,
- leczenie ubytków próchnicowych powierzchniowych i średnich,
- modyfikacja diety i zachowań higienicznych.

Częstotliwość:

- 1-2 wizyty w zależności od potrzeb,
- kontrola po 6-12 miesiącach.

c.3. grupa ryzyka wysokiego

Zakres interwencji:

- intensywna profilaktyka:
- fluoryzacja co 3 miesiące,
- remineralizacja wszystkich zmian początkowych,
- rozbudowany instruktaż higieny z ponowną oceną techniki,
- dobór indywidualnych narzędzi higienicznych;
- leczenie zachowawcze ubytków próchnicowych w stopniu początkowym i średnim,
- edukacja zdrowotna dziecka i rodziców (w zależności od wieku).

Częstotliwość:

- co najmniej 2 wizyty profilaktyczno-kontrolne,
- kontrola po 3-6 miesiącach.

Instrukcje pozabiegowe

Każdy uczestnik (lub jego rodzic/opiekun) otrzymuje instrukcje dotyczące:

- zaleceń po fluoryzacji (niepić i nie jeść 30 minut po zabiegu),
- zasad higieny po lakowaniu i wypełnieniach,
- postępowania w przypadku nadwrażliwości,
- terminu kolejnej kontroli i dalszej profilaktyki.

W przypadku wystąpienia niepożądanego reakcji Realizator odnotowuje zdarzenie w dokumentacji i wdraża standardowe postępowanie medyczne.

Dokumentacja interwencji

Realizator dokumentuje każde wykonane świadczenie, w tym:

- wynik badania klinicznego,
- wartość PUW oraz ocenę higieny,
- poziom ryzyka próchnicy (CRA),
- wykonane procedury profilaktyczne i lecznicze,
- zalecenia po wizycie,
- wskazania do dalszego leczenia poza programem (jeśli wystąpią).

Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze

Ad. 5. Monitorowanie działań w ramach programu

Monitoring realizacji programu stanowi kluczowy element zapewniający prawidłową realizację interwencji, bezpieczeństwo dzieci i młodzieży oraz zgodność działań z założeniami programu i aktualnymi standardami profilaktyki stomatologicznej. Działania monitorujące będą prowadzone w sposób ciągły przez cały okres realizacji programu.

1. Weryfikacja zgłaszalności uczestników

Realizator prowadzi bieżącą ewidencję liczbową w zakresie:

- liczby dzieci zgłoszonych do programu,
- liczby uczestników zakwalifikowanych do badania stomatologicznego,
- liczby wykonanych ocen indywidualnego ryzyka próchnicy (CRA),
- liczby dzieci zakwalifikowanych do interwencji profilaktycznej,
- liczby dzieci, u których wykonano świadczenia profilaktyczne (lakierowanie, lakowanie, remineralizacja),
- liczby dzieci, u których wykonano świadczenia wczesnego leczenia zachowawczego,
- liczby uczestników wyłączonych z powodu przeciwwskazań medycznych lub niespełnienia kryteriów formalnych,
- liczby rezygnacji wraz z podaniem przyczyny.

Zestawienia zgłaszalności będą porównywane z planowaną populacją docelową oraz limitem finansowym określonym przez Gminę Kleszczów.

2. Ocena jakości świadczeń

Realizator zapewnia stałą kontrolę jakości udzielanych świadczeń, obejmującą:

- zgodność wykonywanych świadczeń z zakresem przewidzianym w programie,
- prawidłowość kwalifikacji stomatologicznej i diagnozy klinicznej,
- zgodność działań z aktualnymi standardami PTS, ACFF i FDI (w szczególności w zakresie oceny ryzyka próchnicy, profilaktyki fluorkowej i lakowania),
- kompletność i rzetelność prowadzonej dokumentacji medycznej,
- zgodność wykonanych świadczeń z poziomem ryzyka próchnicy (niski/umiarkowany/wysoki),
- przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i procedur higienicznych.

Koordynator medyczny programu monitoruje jakość badania stomatologicznego, prawidłowość prowadzenia CRA oraz zgodność zabiegów profilaktycznych z aktualnymi rekomendacjami.

3. Monitorowanie działań edukacyjnych

Realizator prowadzi dokumentację i analizy dotyczące działań edukacyjnych, obejmujące:

- listy obecności na zajęciach edukacyjnych dla rodziców i opiekunów oraz uczestników szkół rodzenia,
- liczbę dzieci i opiekunów objętych edukacją indywidualną podczas wizyty kwalifikacyjnej,
- zestawienia wykonanych pre-testów i post-testów,
- liczbę rozdanych materiałów edukacyjnych,
- liczbę odbiorców działań populacyjnych (ulotki, publikacje, komunikacja online).

Celem monitoringu działań edukacyjnych jest ocena stopnia realizacji celów programu dotyczących wzrostu wiedzy zdrowotnej i zmian zachowań profilaktycznych w populacji dzieci oraz wśród rodziców i przyszłych rodziców.

4. Monitorowanie bezpieczeństwa świadczeń

Realizator monitoruje bezpieczeństwo realizowanych interwencji poprzez:

- rejestrację wszystkich reakcji pozabiegowych (np. miejscowa nadwrażliwość po fluoryzacji, odczyn na lakier),
- ocenę charakteru oraz nasilenia zgłaszanych dolegliwości,
- dokumentację podejmowanych działań i zaleceń pozabiegowych,
- analizę konieczności modyfikacji procedur klinicznych w przypadku powtarzających się zdarzeń.

Wszystkie zdarzenia niepożądane są dokumentowane zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

5. Dokumentacja i sprawozdawczość

Realizator sporządza comiesięczne zestawienia obejmujące:

- liczbę zgłoszeń i kwalifikacji,
- liczbę wykonanych badań stomatologicznych i ocen CRA,
- liczbę wykonanych świadczeń profilaktycznych (lakierowanie, lakowanie, remineralizacja),
- liczbę wykonanych świadczeń zachowawczych w ramach programu,
- liczbę osób objętych działaniami edukacyjnymi,
- wyniki testów wiedzy (pre-test i post-test),
- liczbę rezygnacji i wyłączeń wraz z przyczynami.

Zestawienia comiesięczne stanowią podstawę przygotowania raportu rocznego oraz raportu końcowego przedkładanego Gminie Kleszczów. Raport końcowy zawiera analizę osiągnięcia celów programu, w tym realizacji mierników efektywności oraz rekomendacje dotyczące kontynuacji lub modyfikacji programu.

Ad. 6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość

Celem ewaluacji jest ocena skuteczności, jakości, adekwatności oraz efektywności kosztowej programu w odniesieniu do celów i mierników określonych w rozdziale II. Ewaluacja obejmuje zarówno analizę

ilościową, jakościową, jak i ocenę trwałości rezultatów oraz analizę kosztową programu. Jej wyniki stanowią podstawę do określenia zasadności kontynuacji programu w kolejnych latach.

1. Ewaluacja ilościowa

Ewaluacja ilościowa obejmuje analizę:

- liczby dzieci zgłoszonych, zakwalifikowanych i objętych oceną indywidualnego ryzyka próchnicy (CRA),
- liczby wykonanych świadczeń profilaktycznych (lakierowanie, lakowanie, remineralizacja, instruktaż higieny),
- liczby wykonanych świadczeń wczesnego leczenia zachowawczego,
- rozkładu dzieci według poziomu ryzyka próchnicy (niski/umiarkowany/wysoki),
- odsetka uczestników, u których stwierdzono poprawę wskaźnika PUW,
- odsetka uczestników, u których odnotowano poprawę higieny jamy ustnej (OHI-S),
- wyników pre-testów i post-testów wiedzy wśród rodziców, opiekunów i przyszłych rodziców,
- liczby osób objętych działaniami edukacyjnymi (indywidualnymi i grupowymi).

Jeżeli dane będą dostępne, uwzględnione zostaną również wybrane wskaźniki epidemiologiczne dotyczące zdrowia jamy ustnej dzieci na poziomie gminy, z uwzględnieniem danych z Map Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 oraz 2027-2031.

2. Ewaluacja jakościowa

Ewaluacja jakościowa obejmuje:

- analizę opinii rodziców, opiekunów oraz uczestników szkół rodzenia dotyczącą organizacji programu, jakości działań edukacyjnych i komunikacji,
- ocenę jakości pracy personelu medycznego realizującego świadczenia stomatologiczne,
- ocenę przydatności i czytelności materiałów edukacyjnych,
- ocenę subiektywnego poczucia wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki próchnicy dziecięcej oraz zmiany zachowań higienicznych (na podstawie ankiety satysfakcji i testu wiedzy).

Ankieta satysfakcji i testy wiedzy będą przeprowadzane zgodnie z ujednoliconymi formularzami opracowanymi przez Realizatora.

3. Ocena trwałości rezultatów

W miarę dostępności danych oraz w ramach możliwego zakresu obserwacji Realizator podejmie próbę określenia:

- trwałości zmian zachowań higienicznych u dzieci i w rodzinach (po 6-12 miesiącach),
- trwałości zmiany poziomu wiedzy rodziców i opiekunów,
- podjęcia dalszego leczenia stomatologicznego po zakończeniu programu,
- regularności zgłaszania się na kontrole stomatologiczne,
- utrzymania poprawy parametrów CRA w grupie objętej świadczeniami.

4. Analiza kosztów i efektywności kosztowej

Realizator dokonuje analizy kosztów jednostkowych, obejmującej:

- koszt jednej osoby objętej działaniami edukacyjnymi,

- koszt jednego dziecka objętego pełną kwalifikacją stomatologiczną (badanie + CRA),
- koszt jednego dziecka, u którego wykonano świadczenia profilaktyczne,
- koszt jednego dziecka, u którego wykonano świadczenia wczesnego leczenia zachowawczego.

Analiza ta pozwoli ocenić efektywność kosztową programu, identyfikować ewentualne obszary wymagające korekty oraz wspierać podejmowanie decyzji dotyczących ewentualnej kontynuacji programu.

Raporty roczne i raport końcowy

Realizator sporządza:

1) Raport roczny który obejmuje m.in.:

- liczbę uczestników na każdym etapie programu,
- liczbę przeprowadzonych badań kwalifikacyjnych i ocen CRA,
- liczbę wykonanych świadczeń profilaktycznych i świadczeń wczesnego leczenia zachowawczego,
- wyniki pre-testów i post-testów wiedzy,
- wyniki monitoringu i ewaluacji działań edukacyjnych,
- zestawienie rezygnacji i wyłączeń wraz z przyczynami,
- analizę kosztów zrealizowanej części programu.

2) Raport końcowy sporządzany w terminie do 3 miesięcy od zakończenia programu, obejmuje:

- pełne podsumowanie liczby uczestników i wykonanych świadczeń,
- analizę poprawy parametrów klinicznych (PUW, OHI-S) oraz wyników CRA,
- ocenę osiągnięcia celów głównego i szczegółowych oraz mierników efektywności,
- analizę wskaźników wiedzy i zachowań zdrowotnych (rodzice/opiekunowie),
- analizę jakości realizacji programu,
- analizę efektywności kosztowej,
- rekomendacje dotyczące kontynuacji lub modyfikacji programu.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Uczestnicy programu będą przyjmowani przez cały okres jego realizacji. Aby zapewnić wysoką dostępność świadczeń pediatrycznych i ograniczyć bariery organizacyjne, Realizator zapewni dywersyfikację godzin przyjęć, w tym dostępność popołudniową oraz możliwość umawiania wizyt z wyprzedzeniem. Informacje o harmonogramie udzielania świadczeń oraz zasadach uczestnictwa będą upowszechniane za pośrednictwem wszystkich dostępnych kanałów komunikacji: strony internetowej Gminy Kleszczów, materiałów drukowanych, komunikacji prowadzonej przez Realizatora, szkół, przedszkoli oraz mediów lokalnych.

Świadczenia będą udzielane w cyklu ciągłym, zgodnie z kolejnością zgłoszeń i do momentu wyczerpania limitu finansowego programu. Wszystkie świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne i wczesnolecnicze będą realizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2025 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2025 poz. 615) - w zakresie dotyczącym populacji dzieci i młodzieży - oraz zgodnie z aktualnymi rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, FDI, ACFF i wytycznymi klinicznymi dotyczącymi profilaktyki próchnicy wieku rozwojowego.

Świadczenia udzielane w ramach programu nie będą powielały świadczeń gwarantowanych NFZ, w tym przysługujących dzieciom do 18. roku życia na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Program obejmuje działania poszerzające standardową opiekę, w szczególności: ocenę indywidualnego ryzyka próchnicy (CRA), profesjonalne zabiegi higienizacyjne oraz wczesne leczenie próchnicy, zgodnie z zakresem programu i oceną kliniczną.

Świadczenia będą udzielane w warunkach ambulatoryjnych, w gabinecie stomatologicznym wyposażonym zgodnie z przepisami dotyczącymi udzielania świadczeń stomatologicznych dzieciom, z zapewnieniem pełnego bezpieczeństwa pacjenta i personelu. Realizator zapewni dostęp do aparatury stomatologicznej, sprzętu profilaktycznego, zestawu przeciwwstrząsowego oraz warunków higieniczno-sanitarnych zgodnych z obowiązującymi przepisami.

Każdy uczestnik programu zostanie poddany kwalifikacji stomatologicznej obejmującej ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, identyfikację czynników ryzyka i ocenę poziomu ryzyka próchnicy (CRA). Świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne i wczesnolecznicze będą udzielane wyłącznie uczestnikom zakwalifikowanym do interwencji, zgodnie z oceną kliniczną i poziomem ryzyka (niski/umiarkowany/wysoki).

Realizator prowadzi pełną dokumentację medyczną wszystkich świadczeń, obejmującą: kwalifikację, ocenę CRA, zakres wykonanych zabiegów profilaktycznych i wczesnoleczniczych, udzielone zalecenia oraz zakres edukacji rodziców lub opiekunów. Dokumentacja medyczna będzie prowadzona zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz RODO.

Dowody skuteczności planowanych działań

Planowane interwencje są zgodne z aktualnym stanem wiedzy oraz wytycznymi WHO, ACFF, FDI i Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego dotyczącymi profilaktyki stomatologicznej wieku rozwojowego. Skuteczność kliniczna zabiegów higienizacyjnych (skaling, piaskowanie, fluoryzacja), edukacji rodziców, oceny ryzyka próchnicy (CRA) oraz wczesnego leczenia zachowawczego w populacji pediatrycznej jest potwierdzona licznymi badaniami i rekomendacjami ekspertów.

Interwencje te prowadzą do:

- zmniejszenia aktywności próchnicy u dzieci,
- redukcji płytki nazębnej i zapalenia dziąseł,
- poprawy wskaźników higieny (OHI-S),
- zmniejszenia liczby nowych ubytków próchnicowych,
- zwiększenia skuteczności profilaktyki poprzez włączenie rodziców/opiekunów w proces higieny dziecka,
- ograniczenia kosztów leczenia stomatologicznego na dalszych etapach życia.

Program jest zgodny z logiką populacyjną rekomendowaną przez AOTMiT: edukacja (rodzice + dzieci) + higienizacja + CRA + wczesne leczenie + kontrola. Zaplanowane działania są efektywne kosztowo i zwiększają dostępność świadczeń profilaktycznych w populacji dzieci i młodzieży.

Świadczenia udzielane w ramach programu:

- nie wpływają na realizację świadczeń finansowanych przez NFZ,
- stanowią rozszerzenie opieki stomatologicznej dla dzieci,
- umożliwiają wcześniejsze wykrywanie zmian próchnicowych,
- ograniczają ryzyko postępu próchnicy i utraty zębów mlecznych oraz stałych,
- wpisują się w rekomendacje AOTMiT dotyczące zasadności programów profilaktyki próchnicy u dzieci.

Zasady realizacji świadczeń

Realizator zapewni:

- możliwość przyjęć co najmniej 5 dni w tygodniu, w tym w godzinach popołudniowych,
- dostęp do lekarza dentystry oraz higienistki stomatologicznej posiadających kwalifikacje do świadczeń stomatologicznych u dzieci,
- ciągłość realizacji programu w okresie 2026-2028,
- pełną dokumentację medyczną zgodną z obowiązującymi przepisami,
- udział personelu w szkoleniach dotyczących profilaktyki dziecięcej, CRA i edukacji rodziców,
- pełną i czytelną informację dla uczestników programu o zakresie i zasadach udziału,
- współpracę ze szkołami, przedszkolami i podmiotami lokalnymi w zakresie działań edukacyjnych.

Działania edukacyjne obejmują także rodziców i opiekunów jako kluczowych partnerów w utrzymaniu efektów interwencji.

Ryzyka i ograniczenia realizacji programu

Realizacja programu może być ograniczona przez:

- przeciwwskazania zdrowotne (np. ostre infekcje jamy ustnej),
- rezygnację rodziców lub opiekunów z udziału dziecka,
- niestawianie się na wizyty,
- czynniki społeczno-ekonomiczne (niewystarczająca opieka stomatologiczna w domu),
- bariery logistyczne (praca rodziców, transport),
- ograniczoną liczbę miejsc w ramach limitu finansowego.

Realizator będzie minimalizował ryzyka poprzez:

- przypomnienia telefoniczne/SMS,
- elastyczne godziny przyjęć,
- bieżące monitorowanie zgłaszalności,
- analizę przyczyn rezygnacji i nieukończenia interwencji,
- wsparcie edukacyjne dopasowane do możliwości rodziców,
- możliwość umawiania wizyt z wyprzedzeniem.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie oznacza wykonanie wszystkich przewidzianych działań profilaktycznych, diagnostycznych i edukacyjnych zgodnie z kwalifikacją stomatologiczną dziecka, w tym: pełnej oceny stanu jamy ustnej, oceny indywidualnego ryzyka próchnicy (CRA), zabiegów higienizacyjnych oraz - jeśli wskazane - wczesnego leczenia zmian próchnicowych w zakresie objętym programem.

W przypadku dzieci w wieku 0-18 lat zakończenie udziału dotyczy zarówno zakresu świadczeń udzielonych dziecku, jak i przekazanej edukacji oraz zaleceń dla rodzica lub opiekuna prawnego.

Udział w programie trwa do momentu:

- wykonania wszystkich świadczeń wynikających z kwalifikacji,
- decyzji rodzica/opiekuna o rezygnacji z dalszego udziału dziecka,
- zakończenia realizacji programu przez Gminę Kleszczów,
- wystąpienia przeciwwskazań medycznych uniemożliwiających wykonanie świadczeń,
- zmiany miejsca zamieszkania dziecka poza teren gminy,
- braku możliwości kontynuacji świadczeń w okresie realizacji programu.

Każde zakończenie udziału w programie jest odnotowane w dokumentacji medycznej wraz z datą, zakresem wykonanych świadczeń oraz informacją o poziomie ryzyka próchnicy (CRA).

Procedura zakończenia udziału - informacje dla rodzica/opiekuna

Po wykonaniu wszystkich świadczeń dziecko (oraz rodzic/opiekun) otrzymuje:

- podsumowanie stanu zdrowia jamy ustnej i poziomu ryzyka próchnicy (CRA),
- zalecenia dotyczące dalszej profilaktyki domowej (higiena, dieta, fluoryzacja),
- informację o świadczeniach stomatologicznych, które powinny zostać wykonane poza programem,
- informację o konieczności regularnych kontroli stomatologicznych i sugerowany termin kolejnej wizyty,
- zalecenia dotyczące utrzymania efektów profilaktyki,
- jeśli dotyczy - informację o potrzebie skierowania do świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ.

Wszystkie zalecenia są przekazywane w sposób dostosowany do wieku dziecka i roli rodzica/opiekuna jako osoby odpowiedzialnej za kontynuację działań profilaktycznych w warunkach domowych.

Rezygnacja z udziału w programie

Rodzic/opiekun może zrezygnować z udziału dziecka w programie na każdym etapie.

W takim przypadku:

- decyzja o rezygnacji musi zostać potwierdzona pisemnie,
- oświadczenie zostaje dołączone do dokumentacji medycznej,
- Realizator informuje rodzica/opiekuna o konsekwencjach zdrowotnych przerwania interwencji, w tym o ryzyku postępu choroby próchnicowej,
- Realizator odnotowuje, jakie świadczenia wykonano do czasu rezygnacji,
- rodzic/opiekun otrzymuje pisemne zalecenia dotyczące dalszego postępowania i możliwości skorzystania z opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych.

Wyłączenie uczestnika z programu przez Realizatora

Realizator może wykluczyć dziecko z programu w przypadku:

- niespełnienia kryteriów kwalifikacji lub ich utraty,
- wystąpienia przeciwwskazań medycznych uniemożliwiających wykonanie świadczeń,

- odmowy podpisania wymaganych zgód przez rodzica/opiekuna,
- uporczywego niestawiania się na wizyty uniemożliwiającego realizację świadczeń,
- utraty miejsca zamieszkania na terenie gminy,
- braku możliwości przeprowadzenia interwencji stomatologicznej w okresie trwania programu.

Decyzja o wyłączeniu jest każdorazowo uzasadniona i odnotowana w dokumentacji medycznej.

W sytuacjach losowych - takich jak hospitalizacja dziecka, nagła choroba, zmiana miejsca zamieszkania - zakończenie udziału następuje automatycznie z odpowiednim wpisem do dokumentacji.

Prawo do informacji po zakończeniu udziału

Każdy uczestnik (za pośrednictwem rodzica/opiekuna) ma prawo do:

- informacji o wszystkich wykonanych świadczeniach,
- wyników oceny CRA i stanu zdrowia jamy ustnej,
- zaleceń dotyczących higieny, diety i profilaktyki,
- informacji o koniecznych dalszych świadczeniach stomatologicznych,
- uzyskania kopii dokumentacji medycznej dotyczącej udziału w programie (na wniosek rodzica/opiekuna).

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Sugerowane etapy programu polityki zdrowotnej oraz zakres działań przewidzianych na każdym z nich przedstawiono poniżej. Struktura procesu jest zgodna z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z zaleceniami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącymi programów profilaktyki stomatologicznej.

1. Opracowanie programu

Etap obejmuje przygotowanie kompletnego dokumentu zgodnego z obowiązującymi przepisami prawa oraz wytycznymi AOTMiT dotyczącymi programów profilaktyki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży. Zakres prac obejmuje m.in. opis populacji docelowej dzieci w wieku 0-18 lat, wskazanie grup dodatkowych (rodzice/opiekunowie, kobiety w ciąży), określenie interwencji edukacyjnych, diagnostycznych i profilaktycznych, celów, mierników oraz zasad organizacji i finansowania.

2. Wykorzystanie rekomendacji Prezesa AOTMiT

Program został opracowany na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, wydanej zgodnie z art. 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z obowiązującą procedurą, przed jego przyjęciem Gmina Kleszczów przekaże do AOTMiT oświadczenie o zgodności projektu programu z treścią rekomendacji Prezesa AOTMiT.

Po złożeniu oświadczenia oraz potwierdzeniu zgodności z rekomendacją Rada Gminy Kleszczów podejmie uchwałę o wdrożeniu programu do realizacji.

3. Przeprowadzenie konkursu ofert na wybór realizatora PPZ

Konkurs jest przeprowadzany zgodnie z art. 48b ustawy i obejmuje przygotowanie ogłoszenia, przyjmowanie ofert, ich ocenę według kryteriów formalnych i merytorycznych, oraz wybór najlepszej oferty zapewniającej wysoką jakość i efektywność realizacji programu.

4. Wybór podmiotu realizującego program

Wyboru dokonuje Gmina Kleszczów na podstawie wyników konkursu ofert. Podmiot realizujący musi spełniać wymagania dotyczące kwalifikacji personelu, warunków udzielania świadczeń, wyposażenia gabinetu stomatologicznego oraz doświadczenia w realizacji świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży.

5. Realizacja programu

a) Etap I - Działania organizacyjne

• I.1. Kampania informacyjna

Działania obejmują przygotowanie i dystrybucję materiałów informacyjnych kierowanych do rodziców/opiekunów dzieci 0-18 lat, nauczycieli, szkół, przedszkoli, poradni oraz lokalnych instytucji.

• I.2. Rekrutacja uczestników

Rekrutacja obejmuje przyjmowanie zgłoszeń dzieci w wieku 0-18 lat oraz potwierdzenie spełnienia kryteriów formalnych i medycznych. Realizator weryfikuje dokumentację, prowadzi listę zgłoszeń, listę rezerwową i wyznacza terminy wizyt kwalifikacyjnych.

b) Etap II - Działania edukacyjne i interwencje stomatologiczne

• II.3. Działania edukacyjne

Obejmują edukację:

- indywidualną - podczas wizyty kwalifikacyjnej,
- grupową - w formie wykładów,
- populacyjną - poprzez kampanię informacyjno-edukacyjną.

- II.4. Interwencje medyczne

- i. Wizyta kwalifikacyjna

Obejmuje ocenę stanu jamy ustnej, ocenę wskaźników klinicznych, ocenę ryzyka próchnicy (CRA), kwalifikację do świadczeń profilaktycznych i ewentualnego wczesnego leczenia zachowawczego.

- ii. Interwencje stomatologiczne

Świadczenia obejmują zabiegi higienizacyjne (skaling, polerowanie, fluoryzacja, instruktaż), wczesne leczenie zachowawcze zmian próchnicowych w zakresie przewidzianym programem, działania adekwatne do poziomu ryzyka próchnicy (niski/umiarkowany/wysoki).

- c) Etap III - Działania kontrolne i sprawozdawcze

- III.5. Monitorowanie działań

Realizator prowadzi monitoring zgłaszalności, liczby wykonanych świadczeń, jakości dokumentacji, bezpieczeństwa interwencji oraz realizacji działań edukacyjnych zgodnie z miernikami programu.

- III.6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość

Obejmuje analizę liczbową, jakościową, ocenę trwałości efektów, analizę kosztową, przygotowanie raportów rocznych i raportu końcowego.

6. Zakończenie realizacji programu

7. Rozliczenie finansowe programu

8. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji programu i przesłanie go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu działań w programie, będzie trwać do 3 miesięcy i jej efektem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Działania w ramach ewaluacji polegać będą na analizie: efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów, zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora; a także ocenie jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestniczek oraz ocenie efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności, z odniesieniem do celu głównego oraz celów szczegółowych.

IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje w ramach programu będą realizowane przez podmiot wybrany w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz obowiązującymi przepisami dotyczącymi działalności leczniczej.

Działania będą prowadzone na terenie Gminy Kleszczów, w lokalizacjach wskazanych przez Realizatora. Informacje o miejscach i terminach realizacji interwencji będą upowszechniane za pośrednictwem wszystkich dostępnych kanałów komunikacji (strona internetowa JST i realizatora, media społecznościowe, materiały drukowane, instytucje publiczne, placówki edukacyjne).

Realizator zobowiązany jest do zapewnienia materiałów, wyposażenia oraz sprzętu niezbędnego do wykonania świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych i wczesnozachowawczych w populacji dzieci i młodzieży (0-18 lat), zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, standardami bezpieczeństwa oraz obowiązującymi przepisami prawa.

Wszystkie świadczenia stomatologiczne realizowane w programie muszą być wykonywane zgodnie z:

- tekstem jednolitym rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego - Dz.U. 2025 poz. 615,
- rozporządzeniem w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- aktualnymi standardami ACFF, FDI, Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego,
- zasadami aseptyki i antyseptyki,
- przepisami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy.

Warunki lokalowe

Pomieszczenia, w których realizowane będą świadczenia profilaktyczne i zachowawcze, muszą:

- być dostępne dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach,
- posiadać pomieszczenie higieniczno-sanitarne, z czego co najmniej jedno przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami,
- spełniać wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dotyczącym pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- spełniać wymogi BHP, PPOŻ oraz sanitarno-epidemiologiczne,
- być wyposażone co najmniej w:
 - unit stomatologiczny z niezbędnym osprzętem,
 - lampę polimeryzacyjną,
 - skalery i piaskarki,
 - ssak, turbinę, mikrosilnik i końcówki robocze,
 - autoklaw do sterylizacji,
 - myjkę ultradźwiękową/system dezynfekcji,
 - zestaw materiałów do wczesnego leczenia próchnicy,
 - zestaw do fluoryzacji, materiały diagnostyczne i środki ochrony indywidualnej,
 - pojemniki na odpady medyczne i środki do dezynfekcji powierzchni.

Wskazane jest wydzielenie przestrzeni do edukacji zdrowotnej oraz miejsca zapewniającego poufność rozmów z rodzicami, opiekunami i młodzieżą ≥ 16 lat.

Sprzęt i materiały

W programie mogą być wykorzystywane wyłącznie:

- wyroby medyczne i materiały stomatologiczne dopuszczone do obrotu w Polsce,
- preparaty do fluoryzacji, remineralizacji lub lakowania zgodne z normami UE i rekomendacjami naukowymi,
- narzędzia i środki zgodne ze standardami sterylizacji i dezynfekcji.

Realizator musi zapewnić:

- pełny zestaw materiałów diagnostycznych i profilaktycznych,
- środki ochrony osobistej dla personelu,
- sterylizację zgodną z procedurami podmiotów leczniczych,
- dokumentację procesów dekontaminacji.

Dokumentacja i bezpieczeństwo prawne

Dokumentacja medyczna będzie prowadzona zgodnie z:

- ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie dokumentacji medycznej,
- RODO (Rozporządzenie 2016/679 UE),
- przepisami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji w podmiotach wykonujących działalność leczniczą,
- obowiązkiem zapewnienia tajemnicy zawodowej.

Realizator musi posiadać:

- ważną polisę OC obejmującą świadczenia stomatologiczne,
- polisę NNW stosowną do zakresu działań.

Wymagania wobec realizatora i personelu

Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podmiot wykonujący działalność leczniczą zgodnie z art. 4 i 5 ustawy o działalności leczniczej, posiadający komórki organizacyjne uprawnione do realizacji świadczeń stomatologicznych.

Personel realizujący program obejmuje:

- lekarza dentystę - wykonującego kwalifikacje stomatologiczne, ocenę CRA, świadczenia profilaktyczne i wczesne leczenie zachowawcze,
- higienistkę stomatologiczną - uprawnioną do świadczeń profilaktycznych i edukacji zdrowotnej,
- asystentkę stomatologiczną,
- pielęgniarkę lub położną (w zakresie edukacji prenatalnej i wczesnoniemowlęcej), pielęgniarkę szkolną, osobę posiadającą wykształcenie z zakresu zdrowia publicznego lub edukacji zdrowotnej, profilaktyka - w związku z realizacją działań edukacyjnych w formie zajęć grupowych dla rodziców, opiekunów, kobiet w ciąży, uczestników szkół rodzenia oraz dzieci i młodzieży,
- pracownika administracyjnego odpowiedzialnego za ewidencję i dokumentację zgłoszeń,
- koordynatora PPZ, odpowiadającego za organizację, monitoring oraz sprawozdawczość

Personel wykonujący świadczenia medyczne musi posiadać:

- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- minimum 3-letnie doświadczenie zawodowe,
- przeszkolenie wewnętrzne z zakresu: procedur programu, bezpieczeństwa pacjenta, zasad dekontaminacji, ochrony danych osobowych oraz standardów realizacji świadczeń u dzieci i młodzieży.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Monitoring i ewaluacja programu będą prowadzone w sposób ciągły przez cały okres jego realizacji, w celu zapewnienia wysokiej jakości świadczeń, oceny skuteczności interwencji oraz uzyskania wiarygodnych danych potrzebnych do podjęcia decyzji o kontynuacji lub modyfikacji programu po roku 2028. Proces monitoringu i ewaluacji obejmuje działania dotyczące zgłaszalności, jakości udzielanych świadczeń, efektów zdrowotnych, realizacji działań edukacyjnych oraz zmian klinicznych w zakresie zdrowia jamy ustnej uczestników.

Cele monitoringu i ewaluacji obejmują:

- weryfikację zgodności realizacji programu z założeniami określonymi w PPZ,
- ocenę skuteczności działań profilaktycznych, diagnostycznych i edukacyjnych,
- ocenę jakości świadczeń udzielanych uczestnikom,
- analizę stopnia realizacji celów i mierników efektywności,
- monitorowanie zmian stanu zdrowia jamy ustnej uczestników (PUW, OHI-S, CRA),
- ocenę stopnia redukcji czynników ryzyka próchnicy,
- analizę wiedzy uczestników (pre-test, post-test),
- identyfikację barier udziału i przyczyn rezygnacji,
- uzyskanie danych dla decyzji o kontynuacji programu w kolejnych latach.

Kontynuacja/trwałość programu

Program stanowi kontynuację działań realizowanych w poprzednich latach w ramach wcześniejszej edycji PPZ w zakresie profilaktyki próchnicy zębów i zdrowia jamy ustnej. Realizacja programu zaplanowana została na lata 2026-2028, z możliwością kontynuacji w kolejnych latach, w zależności od decyzji Instytucji finansującej oraz wyników uzyskanych w trakcie ewaluacji.

V.1. Monitorowanie

1. Zgłaszalność uczestników

Realizator prowadzi ewidencję:

- liczby osób zgłaszających się do programu,
- liczby osób zakwalifikowanych,
- liczby osób objętych oceną kliniczną i CRA,
- liczby osób objętych świadczeniami profilaktycznymi,
- liczby osób zakwalifikowanych do leczenia wczesnego,
- liczby osób, które nie ukończyły udziału (z podaniem przyczyn).

2. Monitorowanie jakości świadczeń

Realizator jest zobowiązany do oceny:

- poprawności prowadzenia wywiadu i badania klinicznego,
- kompletności oceny PUW, OHI-S oraz CRA,
- prawidłowości kwalifikacji do grup ryzyka (niska/umiarkowana/wysoka),
- adekwatności interwencji do poziomu ryzyka,
- jakości udzielonych świadczeń profilaktycznych i zabiegowych,
- skuteczności instruktazu higieny jamy ustnej,
- prawidłowości dokumentowania zaleceń i wizyt.

3. Monitorowanie działań edukacyjnych

Realizator prowadzi dokumentację:

- liczby uczestników objętych edukacją,
- liczby rozdanych materiałów edukacyjnych,
- wyników testów wiedzy (pre-test, post-test),
- udziału w instruktażach higieny,
- ocen uczestników w ankietach satysfakcji.

4. Monitorowanie efektów zdrowotnych

Na podstawie danych klinicznych analizowane są zmiany:

- wartości wskaźnika PUW (redukcja aktywnych zmian),
- wskaźnika OHI-S (poprawa higieny),
- poziomu ryzyka próchnicy (CRA - zmiana kategorii ryzyka),
- odsetka osób, które uzyskały poprawę w co najmniej jednym parametrze klinicznym.

Zakres gromadzonych danych

Realizator prowadzi dokumentację (papierową i elektroniczną):

- datę i formę zgłoszenia,
- dane identyfikacyjne uczestnika + zgody RODO,
- wyniki wywiadu medycznego,
- dane kliniczne (PUW, OHI-S, CRA),
- informację o wykonanych świadczeniach,
- zastosowane zalecenia,
- wyniki testów wiedzy,
- ankiety satysfakcji,
- datę i powód zakończenia udziału.

Wskaźniki monitorowania i ewaluacji

1. Wskaźniki produktu (realizacyjne)

- liczba osób zgłoszonych do programu,
- liczba osób zakwalifikowanych,
- liczba przeprowadzonych badań klinicznych,
- liczba wykonanych ocen PUW, OHI-S, CRA,
- liczba wykonanych zabiegów higienizacyjnych,
- liczba osób objętych leczeniem wczesnym,
- liczba udzielonych instruktaży higieny,
- liczba przeprowadzonych ankiet satysfakcji,
- liczba przeprowadzonych testów wiedzy (pre/post),
- liczba osób z wynikiem $\geq 70\%$ w post-teście,
- liczba uczestników edukacji,
- liczba rezygnacji i ich przyczyny.

2. Wskaźniki rezultatu (efekty krótkoterminowe)

- odsetek osób z poprawą OHI-S o $\geq 30\%$,
- odsetek osób z redukcją liczby aktywnych zmian próchnicowych,

- odsetek osób z poprawą PUW,
- odsetek uczestników, którzy zmienili kategorię ryzyka próchnicy na niższą,
- różnica pre/post-test $\geq 25\%$,
- średnia poprawa wyniku testu wiedzy,
- odsetek osób poprawiających wynik o ≥ 20 p.p.,
- odsetek uczestników deklarujących zmianę zachowań zdrowotnych,
- odsetek osób oceniających działania edukacyjne jako „przydatne” lub „bardzo przydatne”.

3. Wskaźniki oddziaływania (efekty długoterminowe)

- utrzymanie poprawy higieny jamy ustnej po 6-12 miesiącach,
- spadek liczby nowych aktywnych zmian próchnicowych,
- redukcja udziału osób z wysokim ryzykiem próchnicy,
- spadek odsetka CRA wysokie \rightarrow umiarkowane/niskie (rok 1 vs rok 3),
- poprawa PUW w populacji uczestników,
- zwiększenie odsetka osób zgłaszających się na kontrole co 6-12 miesięcy,
- poprawa dostępu do profilaktyki stomatologicznej.

Ocena jakości świadczeń

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie:

- ankiet satysfakcji,
- opinii uczestników o organizacji programu,
- kompletności i poprawności dokumentacji medycznej,
- prawidłowości kwalifikacji do grup ryzyka,
- zgodności interwencji z poziomem ryzyka,
- terminowości realizacji świadczeń.

Analiza przyczyn rezygnacji

Realizator analizuje powody rezygnacji:

- czynniki logistyczne (godziny przyjęć, odległość),
- czynniki zdrowotne,
- czynniki psychospołeczne (lęk, brak motywacji),
- zmiana miejsca zamieszkania,
- niedostępność terminów.

Wnioski uwzględnia się przy planowaniu kolejnych edycji programu.

Raportowanie

Realizator przedkłada:

- a) Raporty roczne, zawierające:
 - analizę wskaźników produktu i rezultatu,
 - ocenę jakości i kosztów ich realizacji.
- b) Raport końcowy (do 3 miesięcy po zakończeniu) obejmuje:
 - pełną analizę wszystkich wskaźników,
 - tabelaryczne zestawienia PUW, OHI-S i CRA,
 - ocenę kosztów jednostkowych,
 - analizę trwałości efektów,

- rekomendacje dotyczące kontynuacji programu.

Wszystkie dane są przetwarzane zgodnie z RODO oraz przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja programu zostanie przeprowadzona po zakończeniu jego realizacji, a jej wyniki zostaną przedstawione w raporcie końcowym składanym przez Realizatora do Gminy Kleszczów. Celem ewaluacji jest ocena skuteczności interwencji, jakości udzielanych świadczeń oraz stopnia osiągnięcia celów programu określonych w rozdziale II, w tym wpływu programu na stan zdrowia jamy ustnej oraz zachowania profilaktyczne dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat zamieszkujących Gminę Kleszczów.

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie następujących mierników:

- odsetek uczestników programu (dzieci i młodzieży 0-18 lat), u których wykonano pełny zakres świadczeń przewidzianych w interwencji - obejmujący badanie stomatologiczne, ocenę wskaźników PUW/puw (w zależności od uzębienia), ocenę wskaźnika OHI-S, kwalifikację do grupy ryzyka próchnicy (CRA), działania edukacyjne (indywidualne i/lub grupowe) oraz - w przypadku uzasadnienia medycznego - zabiegi profilaktyczne i wczesne leczenie zachowawcze - w stosunku do wszystkich osób zakwalifikowanych do programu;
- odsetek uczestników, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW/puw oraz/lub wskaźnika OHI-S pomiędzy badaniem początkowym a badaniem końcowym - przy założeniu, że za wynik pozytywny uznaje się zmniejszenie liczby aktywnych zmian próchnicowych lub poprawę wskaźnika higieny jamy ustnej co najmniej o jedną kategorię;
- odsetek uczestników zakwalifikowanych do grupy umiarkowanego i wysokiego ryzyka próchnicy (zgodnie z oceną CRA), u których zrealizowano pełny, przewidziany programem pakiet działań profilaktycznych i wczesnoleczniczych, obejmujący zabiegi higienizacyjne, profesjonalną fluoryzację, remineralizację zmian początkowych oraz - jeśli wskazano - leczenie ubytków w stopniu początkowym, a także instruktaż higieny jamy ustnej z korektą techniki szczotkowania;
- odsetek uczestników deklarujących po zakończeniu udziału w programie stosowanie prawidłowych technik higieny jamy ustnej, obejmujących mycie zębów co najmniej dwa razy dziennie oraz stosowanie dodatkowych metod higieny (np. nitkowanie, szczoteczki międzyzębowe, irygacja), w stosunku do odsetka odnotowanego w ankiecie wyjściowej - z oczekiwanym wzrostem co najmniej o 20 punktów procentowych;
- odsetek uczestników, u których odnotowano wzrost poziomu wiedzy zdrowotnej dotyczącej profilaktyki próchnicy i chorób jamy ustnej, mierzony różnicą pomiędzy wynikiem testu wiedzy przed i po interwencji edukacyjnej - z przyjęciem jako wartości oczekiwanej wzrostu wyniku testu o co najmniej 25% w stosunku do wartości wyjściowej;
- odsetek uczestników, którzy nie ukończyli pełnego zakresu interwencji (np. rezygnacja, brak zgłaszalności, przeciwwskazania zdrowotne), wraz z identyfikacją przyczyn, stanowiący miernik barier udziału w programie.

Wskaźniki te zostaną porównane z wartościami bazowymi określonymi na etapie kwalifikacji uczestników (badanie wstępne, ankieta wyjściowa i test wiedzy), co umożliwi ocenę realnego wpływu

programu na stan zdrowia jamy ustnej oraz zachowania profilaktyczne dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat zamieszkujących Gminę Kleszczów.

Ewaluacja jakościowa

W ramach ewaluacji zostanie przeprowadzona pogłębiona ocena jakościowa, obejmująca:

- ocenę satysfakcji uczestników programu (oraz rodziców/opiekunów prawnych - jeśli dotyczy) z udziału w programie, dostępności świadczeń, organizacji wizyt oraz jakości kontaktu z personelem medycznym - na podstawie anonimowej ankiety ewaluacyjnej;
- analizę skuteczności działań edukacyjnych w zakresie zmiany wiedzy, postaw i nawyków zdrowotnych (deklarowana zmiana zachowań higienicznych, częstotliwości wizyt kontrolnych, korzystania z profesjonalnych zabiegów profilaktycznych);
- ocenę organizacyjną programu, w tym terminowość i kompletność udzielanych świadczeń, zgodność realizacji z przyjętym harmonogramem oraz jakość prowadzonej dokumentacji medycznej i sprawozdawczej;
- analizę przyczyn rezygnacji z udziału w programie lub niewykorzystania pełnego zakresu świadczeń przez zakwalifikowanych uczestników (czynniki zdrowotne, organizacyjne, motywacyjne), w celu wypracowania rekomendacji ograniczających bariery w kolejnych edycjach.

Wyniki ewaluacji

Wyniki ewaluacji będą zawierać:

- zestawienie osiągniętych wskaźników produktu, rezultatu i oddziaływania w odniesieniu do wartości docelowych przyjętych w rozdziale II programu;
- analizę stopnia realizacji celu głównego oraz celów szczegółowych programu;
- ocenę jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń stomatologicznych;
- opis zidentyfikowanych barier i czynników sprzyjających uczestnictwu w programie;
- rekomendacje dotyczące kontynuacji programu, jego modyfikacji (np. zakresu interwencji, sposobu rekrutacji, intensywności działań edukacyjnych) lub rozszerzenia na kolejne grupy mieszkańców.

Raport końcowy zostanie przedstawiony Gminie Kleszczów w terminie 3 miesięcy od zakończenia programu i będzie stanowił podstawę do podjęcia decyzji o ewentualnej kontynuacji, zmianie zakresu lub wprowadzeniu dodatkowych działań z obszaru profilaktyki chorób jamy ustnej u dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Zgodnie z decyzją Gminy Kleszczów, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży w latach 2026-2028 została przeznaczona kwota do 1 500 000 zł rocznie, co daje do 4 500 000 zł na cały trzyletni okres trwania programu.

VI.1 Koszty jednostkowe

Na potrzeby symulacji przyjęto aktualne ceny rynkowe obowiązujące w listopadzie 2025 r., uwzględniające średnie stawki stosowane przez podmioty lecznicze realizujące świadczenia stomatologiczne w Polsce. Koszt jednostkowy obejmuje wszystkie wydatki związane z przeprowadzeniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w interwencji w ramach programu.

Wyróżniono trzy kategorie świadczeń jednostkowych, odpowiadające przyjętym grupom ryzyka próchnicy:

1. Pakiet diagnostyczny - 320 zł/uczestnik

Pakiet diagnostyczny obejmuje w szczególności:

- szczegółowy wywiad medyczny, w tym ocenę czynników ryzyka próchnicy i chorób przyzębia,
- pełne badanie stomatologiczne (ocena tkanek twardych i miękkich, wskaźnik PUW, OHI-S),
- ocenę periodontologiczną (krwawienie przy zgłębnikowaniu, obecność kamienia, ruchomość zębów, głębokość kieszonek przyzębnych - w podstawowym zakresie),
- ocenę indywidualnego ryzyka próchnicy (Caries Risk Assessment - CRA),
- opracowanie indywidualnego planu profilaktyki i dalszego leczenia,
- w razie medycznej potrzeby - podstawową diagnostykę obrazową (pojedyncze zdjęcie RTG punktowe),
- wprowadzenie danych do dokumentacji medycznej oraz systemu ewidencji programu.

2. Pakiet profilaktyczny - 550 zł/uczestnik

Pakiet profilaktyczny jest realizowany u osób z ryzykiem średnim i wysokim i obejmuje m.in.:

- profesjonalne zabiegi higienizacyjne: skaling naddziąsłowy, w razie wskazań piaskowanie, polerowanie powierzchni zębów,
- profesjonalną fluoryzację (lakier fluorkowy lub inny środek o potwierdzonej skuteczności),
- instruktaż higieny jamy ustnej (dobór techniki szczotkowania, dobór szczoteczki, pasty, nici/i innych środków higienicznych),
- korektę nawyków żywieniowych w kontekście ryzyka próchnicy (częstość spożywania cukrów prostych, napojów słodzonych, przekąsek),
- przekazanie pisemnych zaleceń profilaktycznych,
- dokumentację wykonanych zabiegów w kartotece programu.

3. Pakiet leczenia wczesnego w grupach wysokiego ryzyka - 750 zł/uczestnik

Pakiet ten realizowany jest wyłącznie u osób zakwalifikowanych do grupy wysokiego ryzyka próchnicy (wg CRA) i obejmuje:

- wczesne leczenie zachowawcze ubytków próchnicowych w stopniu początkowym i średnim (w możliwym zakresie określonym w programie),
- zabiegi remineralizacji zmian początkowych (np. preparaty na bazie fluoru, CPP-ACP lub innych środków o udokumentowanej skuteczności),
- zabezpieczanie nadwrażliwości szyjek zębowych metodami nieinwazyjnymi,

- ewentualne zastosowanie znieczulenia miejscowego oraz w uzasadnionych przypadkach, zdjęcie RTG (wliczone w koszt pakietu),
- udzielenie zaleceń dotyczących dalszego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych, gdy zakres zmian przekracza możliwości programu (np. konieczność leczenia ortodontycznego, chirurgicznego, protetycznego).

Koszt jednostkowy w każdej kategorii obejmuje zarówno pracę personelu, jak i koszty materiałów stomatologicznych, środków jednorazowego użytku, drobnej diagnostyki obrazowej oraz niezbędnej dokumentacji.

VI.2 Koszty całkowite

Na całkowity budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowe, wskazane poniżej w ujęciu rocznym.

1. Koszty organizacyjne

Koszty roczne organizacyjne szacuje się na poziomie 12 000 zł, w tym:

- koszty ewaluacji i monitoringu - ok. 2 000 zł rocznie,
- koszty obsługi ogólnej (materiały biurowe, obsługa administracyjna, archiwizacja dokumentacji) - ok. 2 000 zł rocznie,
- koszty informacyjno-promocyjne kampanii oraz innych działań zwiększających zgłaszalność do programu - ok. 2 500 zł rocznie,
- koszty zarządzania programem (koordynacja, przygotowanie raportów, komunikacja z JST, wysyłka dokumentów) - ok. 2 500 zł rocznie,
- rezerwa - ok. 3 000 zł rocznie - może być przeznaczona na zwiększenie liczby uczestników programu lub rozszerzenie działań edukacyjnych.

Tabela 3. Rodzaje rocznych kosztów organizacyjnych

Rodzaj kosztu	wartość
ewaluacja i monitorowanie	2 000 zł
obsługa ogólna	2 000 zł
koszty informacyjno-promocyjne	2 500 zł
koszty zarządzania	2 500 zł
rezerwa	3 000 zł
Razem koszty organizacyjne	12 000 zł

Źródło: opracowanie własne

2. Koszty interwencji

a) koszty interwencji stomatologicznych

Metodologia szacowania grup ryzyka do świadczeń stomatologicznych

Na potrzeby planowania interwencji w populacji pediatrycznej w Gminie Kleszczów przyjęto oparcie rozkładu ryzyka na danych epidemiologicznych oraz przełożenie go na roczną liczbę osobo-udziałów w programie.

Zgodnie z zaleceniami i przeglądami dowodów dotyczącymi próchnicy wśród dzieci i młodzieży (w tym ujętymi w rekomendacjach AOTMiT i dokumentach towarzystw naukowych), w badaniach populacyjnych obserwuje się stabilny podział na trzy grupy ryzyka:

- dzieci bez istotnych czynników ryzyka i bez aktywnej choroby,
- dzieci ze współwystępowaniem czynników sprzyjających rozwojowi próchnicy,
- dzieci z wysokim obciążeniem czynnikami ryzyka i/lub wczesnymi aktywnymi zmianami wymagającymi szybkiej interwencji profilaktycznej i zachowawczej.

W programie przyjęto symetryczny (równomierny) rozkład ryzyka pomiędzy trzy kategorie, ponieważ interwencja obejmuje pełną populację dzieci i młodzieży gminy, a kwalifikacja kliniczna i ocena ryzyka (CRA) będą wykonywane każdorazowo podczas wizyty wstępnej, co pozwoli na rzeczywiste przypisanie dziecka do grupy ryzyka.

Planowana populacja docelowa programu obejmuje 1 950 osób w wieku 0-18 lat zamieszkujących Gminę Kleszczów.

Przyjęto, że pomimo działań promocyjnych ok. 10% populacji nie skorzysta z programu z powodu braku zainteresowania lub barier organizacyjnych, co odpowiada ok. 1 750 osobo-udziałom w skali roku. Następnie założono, że spośród zgłoszonych ok. 10% nie spełni kryteriów kwalifikacji (np. brak potwierdzenia miejsca zamieszkania, brak zgody, przeciwwskazania), co zmniejsza planowaną liczbę uczestników do 1 575 osobo-udziałów rocznie.

Ta liczba stanowi podstawę do symulacji kosztów i planowania świadczeń w trzech grupach ryzyka.

Roczna symulacja liczby uczestników w poszczególnych grupach ryzyka (po kwalifikacji klinicznej CRA):

- **525 dzieci - niskie ryzyko próchnicy**

Uczestnicy wymagają pełnej diagnostyki (badanie stomatologiczne, PUW/puw, OHI-S, CRA) oraz edukacji indywidualnej podczas wizyty.

Nie stwierdza się potrzeby natychmiastowej interwencji profilaktycznej lub wczesnoleczniczej poza standardowymi zaleceniami domowymi i kontrolą okresową.

- **525 dzieci - ryzyko średnie**

Uczestnicy wymagają pełnej diagnostyki i edukacji, a dodatkowo profesjonalnych świadczeń profilaktycznych adekwatnych do poziomu ryzyka (m.in. higienizacja, fluoryzacja/lakierowanie, instruktaż higieny z korektą techniki, zalecenia dietetyczne).

Grupa ta stanowi populację, w której interwencja profilaktyczna ma największą skuteczność w ograniczaniu progresji próchnicy.

- **525 dzieci - wysokie ryzyko próchnicy**

Uczestnicy wymagają pełnej diagnostyki i edukacji, profesjonalnej profilaktyki oraz - jeśli wynika to z kwalifikacji medycznej - wczesnego leczenia zachowawczego zmian próchnicowych w zakresie objętym programem.

Grupa obejmuje dzieci z największą liczbą czynników ryzyka i/lub aktywnymi zmianami próchnicowymi, u których opóźnienie interwencji zwiększa prawdopodobieństwo progresji choroby i konieczność leczenia specjalistycznego poza programem.

Przyjęty model rozkładu ryzyka (1/3-1/3-1/3) ma charakter planistyczny i służy wyłącznie do kalkulacji rocznych potrzeb świadczeń oraz kosztów programu. Ostateczna kwalifikacja do grup ryzyka będzie oparta na indywidualnej ocenie CRA i stanie klinicznym w momencie wizyty, co zapewni zgodność realizacji programu z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi dzieci i młodzieży w Gminie Kleszczów.

Przekłada się to na następujące roczne koszty interwencji:

- grupa niskiego ryzyka - tylko diagnostyka

koszt pakietu: 320 zł (diagnostyka) = 320 zł/osoba

525 osób × 320 zł = 168 000 zł

- grupa ryzyka średniego - diagnostyka + profilaktyka

koszt pakietu: 320 zł (diagnostyka) + 550 zł (profilaktyka) = 870 zł/osoba

525 osób × 870 zł = 456 750 zł

- grupa wysokiego ryzyka - diagnostyka + profilaktyka + leczenie wczesne

koszt pakietu: 320 zł (diagnostyka) + 550 zł (profilaktyka) + 750 zł (leczenie wczesne) = 1 620 zł/osoba

525 osób × 1 620 zł = 850 500 zł

Łączne roczne koszty interwencji stomatologicznych:

- 168 000 zł + 456 750 zł + 850 500 zł = 1 475 250 zł

Tabela 4. Rodzaje rocznych kosztów interwencji stomatologicznej

grupa ryzyka	liczba korzystających	diagnostyka	profilaktyka	wczesne leczenie	koszt pakietu łącznie	koszt kategorii interwencji
niskiego	525	320 zł			320 zł	168 000 zł
średniego	525	320 zł	550 zł		870 zł	456 750 zł
wysokiego	525	320 zł	550 zł	750 zł	1 620 zł	850 500 zł
razem interwencja stomatologiczna						1 475 250 zł

Źródło: opracowanie własne

b) koszty działań edukacyjnych dla rodziców, opiekunów, kobiet w ciąży i uczestników szkół rodzenia

Maksymalna kwota przeznaczona na wynagrodzenia prelegentów, a także przygotowanie materiałów dla uczestników spotkań (w tym koszty przygotowania i przeprowadzenie pre i post testów) nie powinna przekroczyć 3 500 zł za spotkanie - zakładane minimum 2 spotkania, czyli 7 000 zł rocznie.

c) koszty działań edukacyjnych dla dzieci

Maksymalna kwota przeznaczona na wynagrodzenia edukatorów, koordynatorów, atrakcje, gadżety, a także przygotowanie materiałów edukacyjnych dla dzieci nie powinna przekroczyć 5 000 zł za spotkanie, czyli 5 000 zł rocznie.

Łączne roczne koszty interwencji:

- 1 475 250 zł + 7 000 zł + 5 000 zł = 1 487 250 zł

Tabela 5. Roczne koszty całkowite interwencji

liczba korzystających	diagnostyka	profilaktyka	wczesne leczenie	koszt pakietu łącznie	koszt kategorii interwencji
525	320 zł			320 zł	168 000 zł
525	320 zł	550 zł		870 zł	456 750 zł
525	320 zł	550 zł	750 zł	1 620 zł	850 500 zł
razem interwencja stomatologiczna					1 475 250 zł
edukacja dorośli					7 000 zł

	edukacja dzieci	5 000 zł
łącznie roczne koszty interwencji		1 487 250 zł

Źródło: opracowanie własne

3. Koszty całkowite programu

Tabela 6. Roczne koszty całkowite

liczba korzystających	diagnostyka	profilaktyka	wczesne leczenie	koszt pakietu łącznie	koszt kategorii interwencji
525	320 zł			320 zł	168 000 zł
525	320 zł	550 zł		870 zł	456 750 zł
525	320 zł	550 zł	750 zł	1 620 zł	850 500 zł
razem interwencja stomatologiczna					1 475 250 zł
edukacja dorośli					7 000 zł
edukacja dzieci					5 000 zł
koszty organizacyjne					12 000 zł
łącznie koszty roczne					1 499 250 zł

Źródło: opracowanie własne

Tabela 7. Koszty całkowite programu

Kategoria kosztów	koszt roczny	Koszt całkowity
grupa niskiego ryzyka	168 000 zł	504 000 zł
grupa ryzyka średniego	456 750 zł	1 370 250 zł
grupa wysokiego ryzyka	850 500 zł	2 551 500 zł
razem interwencja stomatologiczna	1 475 250 zł	4 425 750 zł
edukacja dorośli	7 000 zł	21 000 zł
edukacja dzieci	5 000 zł	15 000 zł
koszty organizacyjne	12 000 zł	36 000 zł
łącznie koszty	1 499 250 zł	4 497 750 zł

Źródło: opracowanie własne

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą do 1 500 000 zł w każdym roku realizacji, co przy trzyletnim okresie trwania (2026-2028) daje łączną wartość do 4 500 000 zł.

Zaplanowane przez realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny oferty przez komisję konkursową.

Na etapie postępowania konkursowego realizator przygotuje szczegółowy budżet zawierający podział kosztów na:

- personel medyczny i administracyjny,
- materiały stomatologiczne i wyroby medyczne jednorazowego użytku,
- diagnostykę,
- działania edukacyjne i informacyjne,
- koszty organizacyjne (zarządzanie, monitoring, ewaluacja),
- ubezpieczenia.

Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach jego realizacji, w zależności od możliwości finansowych Gminy Kleszczów oraz zmian cen usług medycznych. W razie istotnych zmian kosztów jednostkowych możliwa będzie odpowiednia korekta liczby uczestników programu, przy zachowaniu priorytetu dla osób z grup podwyższonego i wysokiego ryzyka próchnicy.

VI.3 Źródła finansowania

Niniejszy program polityki zdrowotnej finansowany będzie w 100% ze środków budżetu Gminy Kleszczów, określonych w uchwale budżetowej na każdy rok realizacji programu.

Gmina Kleszczów w okresie realizacji programu bierze pod uwagę możliwość ubiegania się o dofinansowanie do 40% kosztów działań realizowanych w ramach programu przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie:

- art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461)
- oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. z 2017 r. poz. 9).

VII. Bibliografia

Opinia RP/AOTMiT

1. Opinia Rady Przejrzystości nr 42/2025 z dnia 18 lutego 2025 r. w sprawie zaleceń dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.
2. Opinia Rady Przejrzystości nr 55/2025 z dnia 7 kwietnia 2025 r. dotycząca programów profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

Raporty AOTMiT

1. Raport OT.434.1.2025 „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”, kwiecień 2025.
2. Raport OT.423.8.2019 „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”, kwiecień 2020.

Źródła rekomendacji klinicznych dla dzieci i młodzieży

1. American Academy of Pediatric Dentistry (2022). Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry.
2. American Academy of Pediatric Dentistry (2022). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Consequences and Preventive Strategies.
3. National Health Service (2021). Delivering Better Oral Health: an evidence-based toolkit for prevention.
4. Olczak-Kowalczyk D., Mielczarek A., Kaczmarek U. et al. (2022). Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy u dzieci i młodzieży. Nowa Stomatologia, 27(2): 35-59.
5. US Preventive Services Task Force (2021). Screening and Interventions to Prevent Dental Caries in Children Younger Than 5 Years. JAMA.

Źródła dowodów wtórnych - systematyczne przeglądy i meta-analizy

1. Chou R., Pappas M., Dana T. et al. (2021). Screening and Interventions to Prevent Dental Caries in Children <5 lat. JAMA.
2. Chou R., Bougatsos C., Griffin J. et al. (2023). Interventions for Oral Health in Children and Adolescents 5-17 lat. JAMA.
3. Choubey S. et al. (2022). Nanosilver fluoride as a caries-arresting agent in children. JISPPD.
4. Colvara B.C. et al. (2023). Motivational interviewing for preventing ECC. Community Dent Oral Epidemiol.
5. He S. et al. (2023). Network meta-analysis of clinical agents to prevent ECC. Int J Paediatr Dent.
6. Kashbour W. et al. (2020). Sealants vs fluoride varnish for children/adolescents. Cochrane.
7. Khan S.Y. et al. (2024). Caries risk in children <6 lat - systematic review.
8. Lam P.P.Y. et al. (2020). Sealants for primary molars - systematic review & meta-analysis.
9. Luo B.W. et al. (2024). Sugar substitutes and caries prevention in children/adolescents. J Dent.
10. Manchanda S. et al. (2022). Topical fluoride to prevent ECC - network meta-analysis.
11. Ramamurthy P. et al. (2022). Sealants for preventing caries in primary teeth. Cochrane.
12. Rashed T. et al. (2022). Sealant vs fluoride varnish in schoolchildren. Int J Clin Pract.
13. Wong M.C.M. et al. (2024). Topical fluoride & risk of fluorosis in children. Cochrane.
14. Yu L. et al. (2021). Benefit of professional fluoride application in children. Clin Oral Investig.

Epidemiologia pediatryczna - Polska

1. Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2024). Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026.
2. Ministerstwo Zdrowia (2021). Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej 2016-2020 (część pediatryczna).
3. Olczak-Kowalczyk D., Mielczarek A., Kaczmarek U. et al. (2021). Choroba próchnicowa populacji dzieci i młodzieży w Polsce.
4. Olczak-Kowalczyk D., Turska-Szybka A., Woynarowska-Sołdan M. et al. (2021). Wiedza i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży a próchnica zębów.
5. Olczak-Kowalczyk D., Turska-Szybka A., Tomczyk J. et al. (2021). Uwarunkowania stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży oraz urazy zębów (2020).

6. Portal Stomatologa (2023). Systemy oznaczania zębów (Fédération Dentaire Internationale - FDI).

Dokumenty AOTMiT i krajowe regulacje

- a. Rekomendacja Prezesa AOTMiT nr 42/2025 z dnia 2 października 2025 r.
- b. Opinia Rady Przejrzystości nr 55/2025 z dnia 7 kwietnia 2025 r.
- c. Opinia Prezesa AOTMiT nr 66/2022
- d. Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 (BASiW).
- e. Narodowy Program Zdrowia 2021-2025.

7. Akty prawne

1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461).
2. Ustawa o działalności leczniczej (Dz.U. 2023 poz. 991).
3. Ustawa o samorządzie gminnym (Dz.U. 2023 poz. 40).

VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży w Gminie Kleszczów na lata 2026-2028

Data wypełnienia ankiety:

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Wiek dziecka:

Data wizyty:

1. Jak ocenia Pan(i) organizację i obsługę administracyjną wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Sprawność obsługi i rejestracji</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Uprzejmość i podejście personelu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czytelność informacji o zasadach programu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki stomatologicznej podczas wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, empatia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność i zrozumiałość wyjaśnień</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie komfortu i intymności dziecka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność i przebieg wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jak ocenia Pan(i) pracę higienistki/asysty stomatologicznej?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość i podejście do dziecka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność i wyjaśnianie procedur</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność i organizacja pracy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na świadczenie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jak ocenia Pan(i) przebieg dzisiejszej wizyty?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi i sugestie

*Dziękujemy za udział w ankiecie.
Państwa opinie pomagają nam podnosić jakość programu i komfort uczestników.*

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży
w Gminie Kleszczów na lata 2026-2028

Dane dziecka (uczestnika):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: PESEL:

Dane rodzica/opiekuna (dot. uczestników < 16 r.ż.):

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy / e-mail:

Oświadczenie rodzica/opiekuna lub uczestnika ≥ 16 r.ż.

Oświadczam, że:

1. Otrzymałem(am) pełną informację dotyczącą Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży realizowanego w Gminie Kleszczów.
2. Udzielono mi wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące celu programu, zakresu świadczeń, możliwych korzyści oraz ewentualnych przeciwwskazań.
3. Wyrażam dobrowolną zgodę na udział mojego dziecka / mój udział (niepotrzebne skreślić) w programie.
4. Jestem świadomy(a), że zgodę mogę wycofać na każdym etapie, bez podania przyczyny i bez wpływu na dalsze leczenie.
5. Oświadczam, że dane przekazałem(am) dobrowolnie i są zgodne z prawdą.
6. Otrzymam kopię niniejszego formularza podpisaną przez przedstawiciela Realizatora.

Podpis osoby wyrażającej zgodę

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Data i podpis
(rodzic/opiekun lub uczestnik ≥ 16 lat)

Oświadczenie osoby reprezentującej Realizatora programu

Oświadczam, że przedstawiłem(am) zasady udziału w programie, wyjaśniłem(am) jego zakres, cele, procedury oraz możliwe przeciwwskazania. Uczestnik / rodzic/opiekun uzyskał(a) możliwość zadania pytań i uzyskał(a) jasne informacje.

.....
Data

.....
Podpis i pieczętka Realizatora

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH (RODO)

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich/mojego dziecka przez:

..... (nazwa realizatora programu)
jako Administratora danych, w celu:

- potwierdzenia uczestnictwa w programie,
- prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości,
- realizacji, monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Mam świadomość, że:

- przysługuje mi prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie,
- wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania sprzed jej cofnięcia,
- dane nie będą przekazywane osobom trzecim, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.

.....
Data

.....
Podpis osoby wyrażającej zgodę
(rodzic/opiekun prawny lub uczestnik ≥ 16 lat)

Oryginał Kopia przekazana uczestnikowi/opiekunowi

ZAŁĄCZNIK 3. Sprawozdanie częściowe

Sprawozdanie częściowe z realizacji programu
Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży
w Gminie Kleszczów na lata 2026-2028

do umowy z dnia

za okres: -

Realizator:

RODZAJE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

Rodzaj świadczenia	Liczba świadczeń	Liczba osób	Wydatkowane środki (zł)
Badanie stomatologiczne (pakiet diagnostyczny)
Profilaktyka stomatologiczna (pakiet profilaktyczny)
Leczenie wczesnych zmian próchnicowych (pakiet terapeutyczny)

Łączna liczba osób przyjętych w ramach programu:

OPISOWA OCENA REALIZACJI PROGRAMU

.....
.....
.....
.....
.....

Sugestie, które możesz tu wpisywać (opcjonalnie):

- zgłaszalność uczestników i czynniki wpływające na obecność,
- najczęściej stwierdzane problemy i wnioski kliniczne,
- liczba osób w poszczególnych grupach ryzyka,
- bariery organizacyjne, jeśli wystąpiły,
- działania naprawcze / rekomendacje dla kolejnego okresu,
- ocena jakości działań edukacyjnych.

Osoba sporządzająca sprawozdanie:

.....

(data, podpis)

Osoba upoważniona do reprezentowania Realizatora:

.....

(data, podpis i pieczęć)

ZAŁĄCZNIK 4. Sprawozdanie końcowe

Sprawozdanie końcowe z realizacji programu
Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży
w Gminie Kleszczów na lata 2026-2028

do umowy z dnia

za okres: -

Realizator:

RODZAJE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

Rodzaj świadczenia	Liczba świadczeń	Liczba osób	Wydatkowane środki (zł)
Badanie stomatologiczne (pakiet diagnostyczny)
Profilaktyka stomatologiczna (pakiet profilaktyczny)
Leczenie wczesnych zmian próchnicowych (pakiet terapeutyczny)

Łączna liczba osób przyjętych w ramach programu:

OPISOWA OCENA REALIZACJI PROGRAMU

.....
.....
.....

Zakres, który powinien znaleźć się w ocenie opisowej (ramowy, opcjonalny):

- zgłaszalność i jej zmienność w czasie,
- rozkład uczestników na trzy grupy ryzyka próchnicy,
- najczęściej stwierdzane problemy stomatologiczne,
- skala wykonanych działań profilaktycznych i terapeutycznych,
- efekty interwencji (np. zmiany w PUW/OHI-S),
- bariery i czynniki ułatwiające udział,
- wnioski organizacyjne i rekomendacje.

PODSUMOWANIE FINANSOWE

Kategoria kosztów	Wydatkowane środki (zł)
Koszty świadczeń medycznych (diagnostyka, profilaktyka, leczenie)
Koszty edukacji zdrowotnej
Koszty organizacyjne i administracyjne
Razem

WNIOSKI I REKOMENDACJE DOTYCZĄCE KOLEJNYCH EDYCJI PROGRAMU

.....
.....
.....

Osoba sporządzająca sprawozdanie:

.....
(data, podpis)

Osoba upoważniona do reprezentowania Realizatora:

.....
(data, podpis i pieczęć)

ZAŁĄCZNIK 5. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży
w Gminie Kleszczów na lata 2026-2028

Data wypełnienia ankiety:

Płeć: Kobieta Mężczyzna Wiek:

Data wizyty:

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, edukacyjnych w których brała/ł Pani/Pan udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy przekazane informacje zwiększyły Pani/Pana świadomość i kompetencje zdrowotne?

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy osoba prowadząca edukację posiadała odpowiednie przygotowanie merytoryczne i przekazywała informacje w przystępny sposób?

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy osoba prowadząca edukację zachęcała uczestników do aktywnego udziału i odpowiadała na pytania?

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy materiały edukacyjne i sposób przekazu były pomocne w zrozumieniu tematu?

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości działania edukacyjne?

Inne uwagi dotyczące działań edukacyjnych

Dziękujemy za udział w ankiecie.

Państwa opinie pomagają nam podnosić jakość programu i komfort uczestników.