



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

**w zakresie
profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej**

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
Spis rycin:.....	4
Podstawa przygotowania programu	5
I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej ..	6
I.1 Opis problemu zdrowotnego	6
Profilaktyka próchnicy	7
I.2 Dane epidemiologiczne	9
Epidemiologia województwo łódzkie	11
I.3. Opis obecnego postępowania	13
Świadczenia gwarantowane	14
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	16
II.1 Cel główny	16
II. 2 Cele szczegółowe	16
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	16
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	18
III.1 Populacja docelowa	18
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	19
Kryteria włączenia do programu	19
Kryteria wyłączenia z programu	20
III.3 Planowane interwencje	20
Etap I - działania organizacyjne	21
Etap II - działania edukacyjne i interwencja medyczna	25
Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze	32
Ad. 5. Monitorowanie działań w ramach programu	32
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	34
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	37
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	39
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	39
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	40
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	43
V.1. Monitorowanie	43
V.2 Ewaluacja	46
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	48
VI.1 Koszty jednostkowe	48
VI.2 Koszty całkowite	49
1. Koszty organizacyjne	49
2. Koszty interwencji	49
3. Koszty całkowite programu	50
VI.3 Źródła finansowania	51
VII. Bibliografia	52
VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora	53
ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór.....	53
ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór	54
ZAŁĄCZNIK 3. Sprawozdanie częściowe	55
ZAŁĄCZNIK 4. Sprawozdanie końcowe	56

Spis tabel:

Tabela 1. Zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy w grupie osób dorosłych.....	8
Tabela 2. Liczebność grup wiekowych w populacja całościowej programu - XII 2023 r.	19

Spis rycin:

Rycina 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy, w tym w krajach EU.....	10
Rycina 2. Piramida wieku mieszkańców gminy Kleszczów, 2023 rok.	18

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 66/2022 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.

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.

Przy opracowaniu niniejszej edycji programu wykorzystano doświadczenia wynikające z realizacji wcześniejszych programów stomatologicznych na terenie Gminy Kleszczów, w tym analizę zgłaszalności mieszkańców, kompletności cykli profilaktycznych, poziomu potrzeb zdrowotnych populacji oraz wnioski zgłaszane przez realizatorów i uczestników programu. Program uwzględnia również aktualne standardy AOTMiT, w tym rekomendację nr 42/2025 dotyczącą organizacji działań profilaktycznych i leczniczych w obszarze stomatologii, adaptując wskazane tam zasady do populacji osób dorosłych.

Celem opracowania programu było zapewnienie wysokiej jakości interwencji w zakresie profilaktyki i wczesnego leczenia schorzeń zębów i jamy ustnej u dorosłych mieszkańców gminy, z uwzględnieniem współczesnych standardów epidemiologicznych, klinicznych, organizacyjnych oraz zasad ekonomiki zdrowia. Program został przygotowany zgodnie z zasadami dobrej praktyki w ochronie zdrowia, obejmując: rzetelną ocenę potrzeb zdrowotnych, określenie realistycznych i mierzalnych celów, zapewnienie adekwatnego zakresu interwencji profilaktycznych i świadczeń leczniczych, realistyczne oszacowanie kosztów oraz wprowadzenie systemu monitorowania i ewaluacji efektów zdrowotnych. Uwzględniono również wymogi Agencji dotyczące precyzyjnego opisanie etapów organizacyjnych, monitorowania i ewaluacji programu, co ma zapewnić jego transparentność, skuteczność, powtarzalność i wysoką jakość realizacji.

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

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Choroby jamy ustnej, w szczególności próchnica zębów i choroby przyzębia, należą do najczęstszych przewlekłych schorzeń występujących w populacji i stanowią istotne obciążenie zdrowotne, społeczne i ekonomiczne. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia zawartymi w Global Oral Health Status Report 2022, choroby jamy ustnej dotyczą ponad 3,5 mld osób na świecie, co czyni je najpowszechniejszą grupą chorób przewlekłych. Największe rozprzestrzenienie obserwuje się w przypadku próchnicy zębów stałych, która dotyczy średnio 2 mld dorosłych, a jej częstość wzrasta wraz z wiekiem. Choroby przyzębia (periodontopatie) dotyczą około miliarda osób i stanowią jedną z głównych przyczyn utraty uzębienia w wieku dorosłym.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje próchnicę jako umiejscowiony, patologiczny proces o podłożu zewnątrzustrojowym, prowadzący do stopniowej demineralizacji i destrukcji twardych tkanek zęba. Przebiega ona z udziałem bakterii płytki nazębnej, w szczególności *Streptococcus mutans* i bakterii z rodzaju *Lactobacillus spp.*, które metabolizują fermentujące węglowodany, prowadząc do zakwaszenia środowiska jamy ustnej i demineralizacji szkliwa. Choroba rozwija się w wyniku zaburzenia równowagi pomiędzy czynnikami gospodarza, środowiskowymi i behawioralnymi, a jej przebieg nasilają m.in. dieta bogata w cukry proste, niska ekspozycja na fluor, niewystarczająca higiena jamy ustnej, suchość jamy ustnej, palenie tytoniu, stres oraz przewlekłe choroby ogólne.

Według analiz obejmujących lata 2021-2024, próchnica pozostaje w Polsce problemem zdrowotnym o wysokim rozpowszechnieniu zarówno w grupie dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych. Dane z ogólnopolskiego programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej 2016-2020” oraz analiz publikowanych przez MZ i NIZP-PZH potwierdzają, że wskaźnik PUWz (liczba zębów z próchnicą, usuniętych lub wypełnionych) oraz PUWp (liczba powierzchni zębów objętych zmianami) utrzymuje się na wysokim poziomie i wzrasta wraz z wiekiem. Największy przyrost wartości wskaźników obserwuje się w populacji osób dorosłych między 35. a 74. rokiem życia, co wiąże się z kumulacją nieleczonych zmian próchnicowych oraz nasileniem chorób przyzębia. Szacuje się, że ponad 90% dorosłych Polaków ma przebyty lub aktywny proces próchnicowy, a choroby przyzębia dotyczą większość osób po 40. roku życia.

Choroby przyzębia, obok próchnicy, stanowią drugą najczęstszą grupę schorzeń jamy ustnej w populacji dorosłych. Według analiz Europejskiej Federacji Periodontologicznej (EFP, 2022-2023), umiarkowane i ciężkie postacie periodontopatii występują u około połowy dorosłych Europejczyków, a zaawansowane postacie są główną przyczyną utraty zębów w wieku średnim i starszym. W Polsce choroby przyzębia są szeroko rozpowszechnione, co potwierdzają wyniki krajowych badań epidemiologicznych i danych NFZ dotyczących struktury świadczeń stomatologicznych.

Nieleczone choroby jamy ustnej wiążą się z poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi. W przypadku próchnicy są to: ból, infekcje miazgi, ropnie, stany zapalne tkanek okołowierzchołkowych, konieczność leczenia kanałowego lub ekstrakcji, a w skrajnych przypadkach - hospitalizacja. Choroby przyzębia prowadzą do utraty kości wyrostka zębodołowego, ruchomości zębów i bezzębności. W skali globalnej około 30% osób w wieku 65-74 lat ma częściową lub całkowitą bezzębność; w Polsce odsetek ten należy

do wyższych w Europie i istotnie wpływa na jakość życia seniorów, zdolność żucia i odżywiania, a także funkcjonowanie psychospołeczne.

W ostatnich latach potwierdzono silne związki pomiędzy chorobami jamy ustnej a chorobami ogólnoustrojowymi, takimi jak cukrzyca typu 2, choroby układu sercowo-naczyniowego, przewlekła obturacyjna choroba płuc, schorzenia zapalne oraz powikłania w przebiegu ciąży. Mechanizmy te dotyczą zarówno przewlekłego stanu zapalnego, jak i wpływu bakterii jamy ustnej na układ immunologiczny. Wskazuje to, że choroby jamy ustnej należy traktować jako integralny element zdrowia ogólnego.

Wśród głównych czynników ryzyka chorób jamy ustnej wymienia się: niski status społeczno-ekonomiczny, niską świadomość zdrowotną, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, dietę wysokoprzetworzoną, częste spożycie cukrów prostych, niewystarczającą higienę jamy ustnej, zaburzenia wydzielania śliny oraz ograniczony dostęp do regularnej opieki stomatologicznej. Dane Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2021-2024 wskazują, że znaczna część dorosłych Polaków zgłasza się do stomatologa wyłącznie w sytuacji bólowej, co opóźnia leczenie, zwiększa ryzyko powikłań i podnosi koszty opieki.

W rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 42/2025 podkreślono, że choroby jamy ustnej, w tym próchnica i choroby przyzębia, stanowią w Polsce istotne obciążenie zdrowotne w populacji dorosłych, szczególnie po 40. roku życia, oraz że potrzeby profilaktyczne i potrzeba wczesnego leczenia dotyczą również tej grupy wiekowej. Zwrócono także uwagę na znaczenie działań edukacyjnych, oceny ryzyka, skutecznej profilaktyki i wczesnych interwencji leczniczych w zmniejszaniu obciążenia zdrowotnego związanego z chorobami jamy ustnej.

Profilaktyka próchnicy

Profilaktyka próchnicy stanowi kluczowy element działań ukierunkowanych na poprawę zdrowia jamy ustnej w populacji dorosłych i obejmuje zarówno interwencje edukacyjne, higieniczne i dietetyczne, jak i profesjonalne zabiegi stomatologiczne. Jej skuteczność zależy od redukcji czynników ryzyka, eliminowania zachowań kariogennych oraz wprowadzania trwałych, prozdrowotnych nawyków. W literaturze wyróżnia się profilaktykę zbiorową, grupową oraz indywidualną (domową i profesjonalną). Do podstawowych działań profilaktycznych zalicza się prawidłową higienę jamy ustnej (szczotkowanie zębów pastą z odpowiednią zawartością fluoru co najmniej dwa razy dziennie), dietę z ograniczoną zawartością cukrów prostych, regularne wizyty kontrolne u stomatologa, oczyszczanie przestrzeni międzyzębowych oraz stosowanie profesjonalnych zabiegów fluoryzacyjnych.

W aktualnych rekomendacjach klinicznych (WHO 2022, FDI 2022, ACFF 2023) oraz w standardach oceny programów profilaktycznych (AOTMiT 2025) podkreśla się konieczność oceny indywidualnego ryzyka próchnicy, prowadzenia edukacji zdrowotnej dostosowanej do poziomu ryzyka oraz zwiększenia dostępności działań profilaktycznych w populacji dorosłych, ze szczególnym uwzględnieniem osób po 40. roku życia.

W populacji dorosłych profilaktyka powinna być traktowana jako proces ciągły i wielopoziomowy. Obejmuje zarówno edukację zdrowotną, jak i regularne profesjonalne interwencje stomatologiczne ukierunkowane na wczesne wykrywanie, zahamowanie lub odwrócenie wczesnych zmian próchnicowych oraz zapobieganie chorobom przyzębia.

Zgodnie z zaleceniami AOTMiT, WHO i FDI, skuteczne działania profilaktyczne powinny obejmować:

- ocenę indywidualnego ryzyka próchnicy (Caries Risk Assessment),
- dostosowanie schematu wizyt kontrolnych i interwencji do poziomu ryzyka („risk-based approach”),
- systematyczną ocenę nawyków higienicznych, dietetycznych i czynników behawioralnych,
- edukację zdrowotną dotyczącą prawidłowej techniki szczotkowania, higieny przestrzeni międzyzębowych oraz stosowania past fluorowych,
- zabiegi fluoryzacyjne z wykorzystaniem lakierów lub żeli fluorkowych u osób z umiarkowanym lub wysokim ryzykiem próchnicy,
- profesjonalne oczyszczanie zębów (skaling, piaskowanie) jako element profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia,
- interwencje ukierunkowane na modyfikację czynników ryzyka, w tym zaprzestanie palenia tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu oraz redukcję spożycia cukrów prostych,
- zwiększenie częstotliwości wizyt kontrolnych u osób z wysokim ryzykiem próchnicy lub periodontopatii.

W tabeli poniżej przedstawiono kluczowe zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy w populacji dorosłych.

Tabela 1. Zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy w grupie osób dorosłych

Działanie profilaktyczne	Opis działania
Szczotkowanie zębów pastą z fluorem	Szczotkowanie co najmniej dwa razy dziennie pastą zawierającą 1350-1500 ppm fluoru; regularna kontrola techniki szczotkowania; edukacja dotycząca doboru szczoteczki i czasu szczotkowania (minimum 2 minuty).
Nitkowanie i higiena międzyzębowa	Codzienna higiena przestrzeni międzyzębowych przy użyciu nici dentystycznych, szczoteczek międzyzębowych lub irygatorów; instruktaż prowadzony przez higienistkę lub stomatologa; ocena efektów podczas wizyt kontrolnych.
Ocena ryzyka próchnicy (Caries Risk Assessment - CRA)	Kompleksowa ocena indywidualnego ryzyka próchnicy, obejmująca czynniki lokalne, dietetyczne, behawioralne i środowiskowe; aktualizacja co 6-12 miesięcy w zależności od ryzyka i stanu klinicznego.
Wizyty kontrolne	Osoby z niskim ryzykiem - kontrola co 6-12 miesięcy; z umiarkowanym ryzykiem - co 6 miesięcy; z wysokim ryzykiem próchnicy lub chorób przyzębia - co 3-6 miesięcy; ocena higieny, diety i nawracających zmian.
Profesjonalne zabiegi fluoryzacyjne	Aplikacja żeli lub lakierów fluorkowych u osób z umiarkowanym i wysokim ryzykiem próchnicy; zabiegi wykonywane co 3-12 miesięcy, zgodnie z zaleceniami WHO, FDI i ACFF.
Edukacja zdrowotna	Instruktaż higieny jamy ustnej, higieny międzyzębowej oraz właściwego stosowania preparatów fluorkowych; edukacja dietetyczna dotycząca ograniczenia spożycia cukrów prostych i napojów słodzonych.
Porada dietetyczna	Ocena nawyków żywieniowych; zalecenia dotyczące ograniczenia spożycia cukrów prostych i produktów kariogennych; promowanie diety o niskiej kariogenności.
Ograniczenie czynników ryzyka behawioralnego	Interwencje antynikotynowe, edukacja na temat wpływu alkoholu i stresu; działania wspierające w redukcji czynników modyfikowalnych.
Profesjonalne usuwanie płytki i kamienia nazębnego (skaling, piaskowanie)	Regularne oczyszczanie zębów, zwłaszcza u osób dorosłych z ryzykiem periodontopatii; częstotliwość dostosowana do poziomu ryzyka (zwykle 1-2 razy w roku, a u pacjentów z chorobami przyzębia częściej).

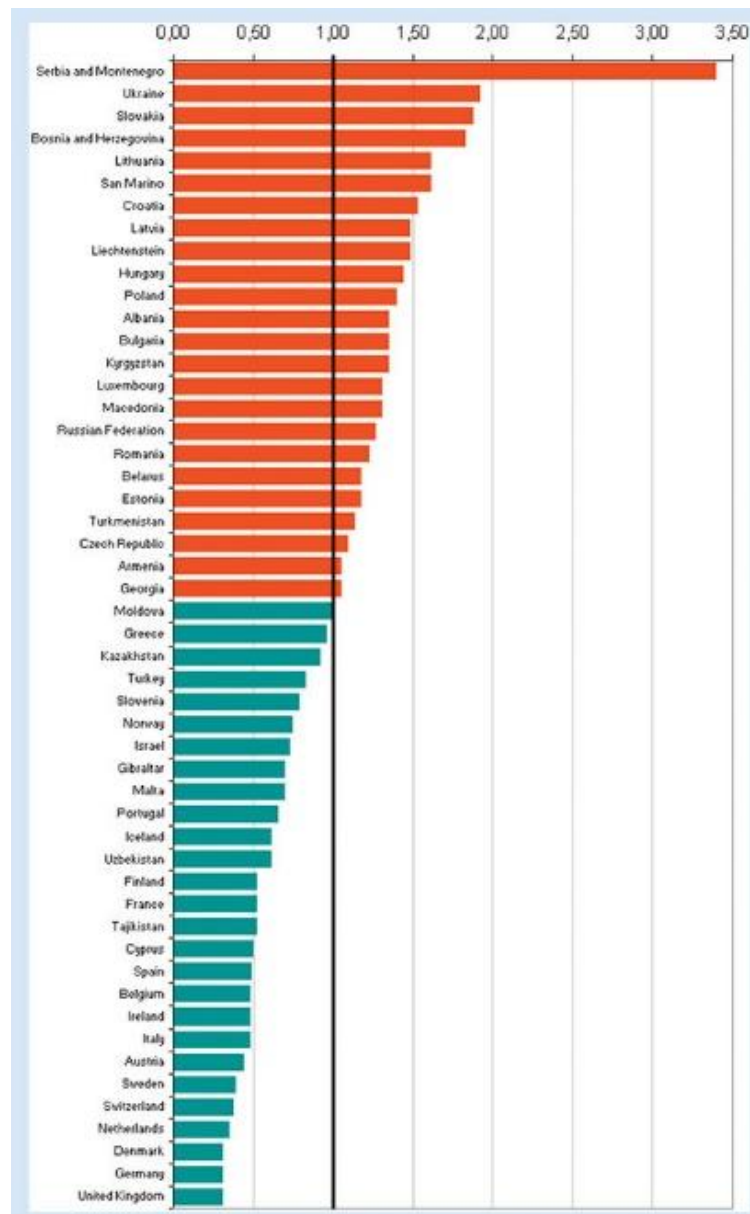
Źródło: opracowanie własne na podstawie Global Oral Health - WHO, FDI, ACFF.

Profilaktyka w populacji dorosłych stanowi proces ciągły i powinna obejmować zarówno działania edukacyjne, jak i systematyczne interwencje stomatologiczne ukierunkowane na wczesne wykrywanie oraz zapobieganie rozwojowi zmian próchnicowych i chorób przyzębia. Prawidłowo prowadzona profilaktyka jest fundamentem utrzymania zdrowia jamy ustnej, zmniejszenia liczby powikłań i ograniczenia konieczności kosztownych interwencji leczniczych.

I.2 Dane epidemiologiczne

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia przedstawionymi w Global Oral Health Status Report 2022, choroby jamy ustnej pozostają jedną z najczęstszych grup przewlekłych chorób na świecie i dotyczą ponad 3,5 mld osób. Próchnica zębów stałych jest najpowszechniejszym schorzeniem przewlekłym w populacji globalnej, dotykając około 2 mld dorosłych. Choroby przyzębia o umiarkowanym i ciężkim nasileniu występują u blisko 1 mld osób dorosłych, a bezzębie całkowite dotyczy około 30% populacji w wieku 65-74 lata. WHO wskazuje, że choroby jamy ustnej częściej występują w populacjach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, niższym poziomie wykształcenia oraz ograniczonym dostępie do profilaktyki i leczenia.

W populacji europejskiej występują istotne różnice w rozpowszechnieniu próchnicy oraz ciężkości jej przebiegu. Rycina 1 przedstawia względne ryzyko występowania próchnicy w 53 krajach europejskich i sąsiednich, na podstawie analizy Moreiry (2012). Kraje oznaczone kolorem czerwonym charakteryzują się ryzykiem wyższym niż średnia europejska. Najwyższe względne ryzyko zanotowano w Serbii i Czarnogórze, natomiast Polska znajduje się wśród krajów o podwyższonym ryzyku, zajmując 11. pozycję w zestawieniu. Pomimo że przedstawione dane mają charakter historyczny, potwierdzają one utrzymujące się od lat znaczące obciążenie próchnicą w Europie Środkowo-Wschodniej, w tym w Polsce.



Rycina 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy, w tym w krajach EU
Źródło: Moreira R.S.: Epidemiology of Dental Caries in the World, Brasil 2012.

W Polsce obserwuje się wysokie i narastające z wiekiem obciążenie chorobami jamy ustnej. Dane Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, NIZP-PZH oraz Map Potrzeb Zdrowotnych 2027-2031 wskazują, że ponad 98% dorosłych Polaków ma doświadczenie próchnicy, a średni wskaźnik PUW (liczba zębów z próchnicą, usuniętych lub wypełnionych) przekracza 13. W populacji osób w wieku 35-44 lata obserwuje się gwałtowne narastanie liczby zębów objętych procesem próchnicowym oraz postępujące uszkodzenia tkanek twardych. Choroby przyzębia o umiarkowanym i ciężkim przebiegu dotyczą około 64% dorosłych Polaków (wobec średniej unijnej ok. 43%), a ich nasilenie się od 40. roku życia jest jednym z głównych czynników prowadzących do utraty uzębienia.

W grupie osób w wieku 65-74 lata bezzębie całkowite występuje u około 19% populacji, a średnia liczba zachowanych zębów naturalnych wynosi około 6-8, co potwierdzają dane Map Potrzeb Zdrowotnych oraz raportów GBD 2019 i aktualizacji z 2024 r. Utrata uzębienia prowadzi do pogorszenia funkcji żucia, zaburzeń odżywienia, obniżenia jakości życia oraz zwiększonego ryzyka chorób przewlekłych.

Najnowsze analizy epidemiologiczne z lat 2021-2024 wskazują również na niską skuteczność działań profilaktycznych w populacji dorosłych. Około 40% dorosłych nie odbyło żadnej wizyty kontrolnej u stomatologa w ciągu ostatniego roku, a ponad 70% nie stosuje prawidłowych nawyków higienicznych, takich jak codzienne oczyszczanie przestrzeni międzyzębowych. Dane NFZ wskazują dodatkowo, że jedynie 36% dorosłych korzysta z publicznych świadczeń stomatologicznych, podczas gdy 82% korzysta z usług prywatnych, co odzwierciedla ograniczony dostęp do świadczeń gwarantowanych i przesunięcie ciężaru opieki stomatologicznej na sektor prywatny.

W rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 42/2025 podkreślono, że choroby jamy ustnej u osób dorosłych, zwłaszcza próchnica i choroby przyzębia, generują znaczące obciążenie mierzone wskaźnikiem DALY (Disability-Adjusted Life Years) oraz wymagają ukierunkowanych działań profilaktycznych i wczesnych interwencji leczniczych, szczególnie w populacji po 40. roku życia. Zwrócono uwagę, że w tej grupie kumulują się wieloletnie skutki nieleczonych chorób, takich jak zaawansowana próchnica, postępujące periodontopatie, utrata zębów oraz powikłania ogólnoustrojowe.

Raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący stanu zdrowia jamy ustnej Polaków wskazuje, że pomimo wieloletnich działań edukacyjnych i profilaktycznych, tempo poprawy wskaźników zdrowia jamy ustnej pozostaje niezadowalające, a struktura udzielanych świadczeń wskazuje na przewagę leczenia naprawczego nad profilaktyką. Jedynie 15-20% stomatologów deklaruje regularne działania edukacyjne, co stanowi jedną z barier efektywnej profilaktyki.

Dostępne dane epidemiologiczne jednoznacznie potwierdzają, że próchnica i choroby przyzębia w populacji dorosłych są schorzeniami o wysokim rozpowszechnieniu i istotnym wpływie na zdrowie ogólne, funkcjonowanie społeczne oraz koszty opieki zdrowotnej. Obciążenie to narasta wraz z wiekiem, a jego redukcja wymaga systematycznych działań profilaktycznych, profesjonalnych interwencji higienicznych, wczesnego leczenia zachowawczego oraz edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na populację dorosłą, ze szczególnym uwzględnieniem osób po 40. roku życia.

Epidemiologia województwo łódzkie

Analiza epidemiologiczna zdrowia jamy ustnej mieszkańców województwa łódzkiego opiera się na danych zawartych w aktualnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031, przygotowanych na podstawie danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2021-2022 oraz informacji demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego. Dokument stanowi obowiązującą podstawę strategiczną do planowania świadczeń oraz oceny potrzeb zdrowotnych na poziomie krajowym i regionalnym, a wskazania epidemiologiczne w nim zawarte pozostają kluczowe dla oceny zasadności realizacji programów polityki zdrowotnej w zakresie stomatologii.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych 2027-2031 województwo łódzkie zostało wskazane jako region o podwyższonym obciążeniu chorobami jamy ustnej, z wartościami zapadalności przewyższającymi średnie krajowe dla większości kategorii schorzeń stomatologicznych. Dane potwierdzają utrzymywanie się niekorzystnych trendów epidemiologicznych obserwowanych od wielu lat, obejmujących wzrost częstości występowania chorób tkanek twardych zębów, chorób miazgi, chorób przyzębia oraz rosnące zapotrzebowanie na świadczenia o charakterze interwencyjnym. Wskazuje to na niedostateczną skuteczność dotychczasowych działań profilaktycznych oraz ograniczoną dostępność świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych.

Wykorzystanie świadczeń stomatologicznych finansowanych przez NFZ w województwie łódzkim od wielu lat pozostaje niskie. Badania z poprzednich lat (Piotrowska i wsp., 2013) wskazywały, że z refundowanych świadczeń stomatologicznych korzystało jedynie 11,5% mieszkańców regionu. Dane NFZ z lat 2021-2022, stanowiące podstawę MPZ 2027-2031, potwierdzają utrzymywanie się tego trendu: jedynie 12-17% populacji województwa skorzystało w analizowanych latach z refundowanych świadczeń stomatologicznych. Oznacza to, że zdecydowana większość dorosłych mieszkańców opiera opiekę stomatologiczną na sektorze prywatnym, najczęściej w sposób incydentalny, co ogranicza prowadzenie regularnej profilaktyki i nie sprzyja wczesnemu wykrywaniu zmian próchnicowych oraz chorób przyzębia. Niski poziom korzystania z systemu publicznego wskazuje również na bariery strukturalne: ograniczoną liczbę umów stomatologicznych, niewystarczające finansowanie świadczeń podstawowych oraz istotne braki kadrowe w leczeniu stomatologicznym w regionie.

W województwie łódzkim utrzymują się również niekorzystne uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, które wpływają na ogólny stan zdrowia jamy ustnej mieszkańców. Region cechuje się ponadprzeciętnymi wskaźnikami zagrożenia ubóstwem, podwyższonym poziomem bezrobocia oraz dużym zróżnicowaniem warunków życia. Zgodnie z MPZ 2027-2031 województwo łódzkie posiada najwyższy w kraju wskaźnik zapotrzebowania na miejsca pracy dla lekarzy dentystów w stosunku do dostępności kadry, co wskazuje na istotny niedobór personelu medycznego w relacji do potrzeb populacyjnych. Dotyczy to szczególnie świadczeń profilaktycznych, zachowawczych i periodontologicznych, których dostępność jest ograniczona zarówno na poziomie poradni podstawowych, jak i specjalistycznych. W efekcie mieszkańcy często zgłaszają się do leczenia dopiero w sytuacji zaawansowanych objawów, co zmniejsza skuteczność działań profilaktycznych i podnosi koszty leczenia.

Zgodnie z danymi NFZ i GUS wykorzystanymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych 2027-2031 wszystkie kluczowe wskaźniki zapadalności na choroby jamy ustnej w województwie łódzkim pozostają wyższe niż średnie krajowe.

W szczególności odnotowano:

- choroby tkanek twardych zębów: 2 512 przypadków na 100 tys. mieszkańców (Polska: ok. 2 460/100 tys.),
- choroby miążgi i tkanek okołowierzchołkowych: 2 145/100 tys. (Polska: ok. 1 900/100 tys.),
- choroby dziąseł i przyzębia: 1 978/100 tys. (Polska: ok. 1 705/100 tys.),
- nieprawidłowości położenia i liczby zębów: 371/100 tys. (Polska: ok. 324/100 tys.),
- choroby gruczołów ślinowych: 99/100 tys. (Polska: ok. 93/100 tys.).

Różnice te jednoznacznie wskazują, że populacja województwa łódzkiego jest szczególnie narażona na występowanie chorób jamy ustnej, a stan zdrowia stomatologicznego mieszkańców regionu jest istotnie gorszy niż średnia krajowa.

Analizy czynników ryzyka zdrowotnego przeprowadzone w Mapach Potrzeb Zdrowotnych 2027-2031 oraz zgodnie z metodyką Global Burden of Disease (GBD) potwierdzają, że województwo łódzkie należy do najbardziej obciążonych regionów kraju w zakresie ryzyk behawioralnych.

W szczególności odnotowano:

- obciążenie DALY związane ze spożyciem alkoholu: około 32% powyżej średniej krajowej (najwyższy wynik w Polsce),

- obciążenie związane z paleniem tytoniu: znacząco powyżej średniej krajowej,
- negatywne ryzyka żywieniowe, w tym wysoką podaż cukrów prostych w diecie oraz wysoki odsetek osób z nadmierną masą ciała,
- niski poziom świadomości zdrowotnej oraz niewystarczające nawyki higieniczne, potwierdzone zarówno w MPZ, jak i w analizach krajowych z lat 2021-2024.

Dostępność świadczeń stomatologicznych w regionie pozostaje zróżnicowana. W powiecie bełchatowskim funkcjonują łącznie 14 poradni udzielających świadczeń ogólnostomatologicznych, jednak aktualny wykaz umów NFZ (stan na listopad 2025 r.) potwierdza, że na terenie Gminy Kleszczów nie funkcjonuje żaden gabinet stomatologiczny posiadający kontrakt na świadczenia finansowane ze środków publicznych. Oznacza to, że mieszkańcy są zmuszeni do korzystania z usług komercyjnych lub świadczeń dostępnych w sąsiednich gminach, co pogłębia nierówności w dostępie do opieki i obniża poziom zgłaszalności na wizyty profilaktyczne.

Wyniki realizacji wcześniejszej edycji lokalnego programu stomatologicznego w Gminie Kleszczów są spójne z obserwowanymi na poziomie województwa i kraju trendami epidemiologicznymi. Wykazano wysoki odsetek osób dorosłych z wieloletnimi zaniedbaniami higienicznymi, niską częstość regularnych wizyt kontrolnych oraz wysoki odsetek pacjentów wymagających leczenia interwencyjnego. Profilaktyka obejmowała jedynie 20-30% uczestników programu, a zaledwie 10-15% osób deklaroowało stosowanie się do zaleceń pozabiegowych. Brak świadczeniodawcy z kontraktem NFZ na terenie gminy oraz wysokie wskaźniki zapadalności w województwie łódzkim stanowią silne, potwierdzone epidemiologicznie uzasadnienie dla kontynuacji i rozszerzenia lokalnego programu polityki zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę, edukację oraz wczesne wykrywanie chorób jamy ustnej w populacji dorosłych.

1.3. Opis obecnego postępowania

Próchnica jest chorobą, której można skutecznie zapobiegać, jednak wymaga to kompleksowego podejścia obejmującego prawidłową higienę jamy ustnej, racjonalne żywienie, redukcję zachowań ryzykownych oraz regularne kontrole stomatologiczne. W Polsce działania profilaktyczne funkcjonują w ograniczonym zakresie i koncentrują się przede wszystkim na populacji małoletniej, podczas gdy potrzeby zdrowotne osób dorosłych pozostają w dużej mierze niezaspokojone. W tej grupie obserwuje się niską zgłaszalność na wizyty stomatologiczne finansowane ze środków publicznych, istotne zaniedbania higieniczne i dietetyczne oraz duże opóźnienia w leczeniu, co prowadzi do zwiększonego odsetka powikłań i konieczności interwencji o większej złożoności i kosztowności.

Obecne rekomendacje kliniczne (WHO, FDI, ACFF, ADA, NICE) oraz zalecenia AOTMiT nie wskazują jednego, uniwersalnego zestawu działań dla populacji dorosłych. Podkreślają natomiast, że najsukuteczniejsze interwencje obejmują: ocenę indywidualnego ryzyka próchnicy (Caries Risk Assessment), edukację zdrowotną, interwencje behawioralne, profesjonalne oczyszczanie zębów oraz regularne badania kontrolne. Świadczenia z zakresu indywidualnej profilaktyki stomatologicznej są ujęte w katalogu świadczeń gwarantowanych, jednak ich dostępność jest ograniczona, zwłaszcza na obszarach bez świadczeniodawców posiadających umowę z NFZ. W takich sytuacjach lokalny program polityki zdrowotnej może pełnić funkcję kompensującą oraz zwiększającą dostępność działań edukacyjnych, profilaktycznych i diagnostycznych.

Rekomendacje kliniczne i zdrowia publicznego podkreślają szczególną rolę działań edukacyjnych

obejmujących techniki higieny, stosowanie past fluorowych, higienę przestrzeni międzyzębowych, ograniczenie spożycia cukrów prostych oraz konsekwencje nieleczonej próchnicy i chorób przyzębia. W dokumentach WHO 2021-2023, FDI 2022, ACFF 2023 oraz w zaleceniach AOTMiT (2024-2025) zwraca się szczególną uwagę na konieczność wdrażania oceny indywidualnego ryzyka próchnicy, indywidualizacji zaleceń i interwencji oraz zwiększenia częstotliwości kontroli u osób dorosłych z umiarkowanym lub wysokim ryzykiem próchnicy i periodontopatii.

Na terenie Gminy Kleszczów nie są realizowane żadne programy profilaktyki stomatologicznej skierowane do dorosłych, a brak podmiotu posiadającego aktualną umowę z NFZ ogranicza dostępność świadczeń gwarantowanych. W konsekwencji większość działań profilaktycznych i leczniczych realizowana jest komercyjnie, co stanowi istotną barierę dla części mieszkańców. W tym kontekście program polityki zdrowotnej staje się narzędziem poszerzającym dostęp do edukacji, profilaktyki, diagnostyki i wczesnego leczenia zachowawczego, szczególnie w zakresie zapobiegania progresji próchnicy i chorób przyzębia. Z uwagi na wysoką kosztochłonność leczenia następstw nieleczonej próchnicy obejmujących leczenie zachowawcze, endodontyczne, zabiegi chirurgiczne, a także leczenie protetyczne i hospitalizacje, inwestycja w profilaktykę i wczesne leczenie jest ekonomicznie uzasadniona zarówno z perspektywy jednostki samorządu terytorialnego, jak i systemu ochrony zdrowia.

Świadczenia gwarantowane

Zakres świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych określa:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (tekst jednolity ogłoszony obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2025 r., Dz.U. 2025 poz. 615).

Akt ten, wraz z załącznikami, definiuje zakres świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich udzielania dla osób dorosłych, w tym:

- świadczenia ogólnostomatologiczne,
- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym,
- świadczenia dla pacjentów z grup wysokiego ryzyka chorób zakaźnych,
- świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii,
- świadczenia protetyczne (wyłącznie w ściśle określonym zakresie),
- świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej.

Załącznik nr 11 określa wykaz materiałów stomatologicznych dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych.

W populacji dorosłych obejmuje on m.in.:

- materiały chemoutwardzalne do wypełnień w odcinku przednim,
- amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2,
- materiały kompozytowe światłoutwardzalne, jedynie w określonych przepisami wskazaniach (głównie odcinek przedni lub określone urazy).

W zakresie profilaktyki świadczenia gwarantowane obejmują przede wszystkim populację dzieci i młodzieży do 19. roku życia oraz kobiety w ciąży i połogu. W konsekwencji dostęp dorosłych do świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych jest dramatycznie ograniczony, co

potwierdza zarówno analiza świadczeń NFZ, jak i dane wskazane w rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 42/2025.

W praktyce oznacza to, że większość działań z zakresu profilaktyki i wczesnej diagnostyki chorób jamy ustnej w populacji dorosłych jest realizowana odpłatnie, poza systemem publicznym. W gminach, w których nie funkcjonują gabinety z kontraktem NFZ (w tym w Gminie Kleszczów na dzień listopad 2025 r.), dostęp do świadczeń gwarantowanych praktycznie nie istnieje, co dodatkowo uzasadnia konieczność prowadzenia lokalnego programu polityki zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę i wczesne leczenie zachowawcze.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia jamy ustnej pełnoletnich mieszkańców Gminy Kleszczów poprzez zmniejszenie liczby aktywnych zmian próchnicowych oraz zwiększenie odsetka osób stosujących prawidłowe zachowania higieniczne i profilaktyczne w latach 2026-2028. Realizacja celu będzie oceniana poprzez porównanie wyników oceny klinicznej stanu jamy ustnej (w tym wskaźnika PUW) oraz wyników oceny zachowań zdrowotnych wykonanych przed przystąpieniem do programu i po jego zakończeniu.

II. 2 Cele szczegółowe

1. Podniesienie poziomu wiedzy zdrowotnej dotyczącej czynników ryzyka, zasad higieny jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy u pełnoletnich uczestników programu w latach 2026-2028, rozumiane jako wzrost wyniku testu wiedzy o co najmniej 25% względem wartości wyjściowej.
2. Zwiększenie odsetka osób stosujących prawidłowe techniki higieny jamy ustnej, w tym szczotkowania zębów co najmniej dwa razy dziennie oraz stosowania dodatkowych form higieny (nitkowanie, szczoteczki międzyzębowe), w populacji objętej programem w latach 2026-2028, poprzez uzyskanie wzrostu odsetka osób deklarujących prawidłową higienę o co najmniej 20% względem wartości wyjściowej.
3. Zwiększenie odsetka uczestników, u których wykonano profesjonalną ocenę stanu jamy ustnej wraz z oceną indywidualnego ryzyka próchnicy, tak aby co najmniej 85% uczestników programu zostało objętych pełną oceną kliniczną w latach 2026-2028.
4. Zmniejszenie liczby aktywnych zmian próchnicowych wśród uczestników programu poprzez uzyskanie poprawy wartości wskaźnika PUW dla zębów stałych u co najmniej 15% uczestników programu w latach 2026-2028.
5. Zwiększenie odsetka uczestników objętych działaniami edukacyjnymi w zakresie profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej (instruktaż higieny, poradnictwo, materiały edukacyjne) tak, aby co najmniej 90% osób zakwalifikowanych do programu w latach 2026-2028 wzięło udział w co najmniej jednej zaplanowanej interwencji edukacyjnej.
6. Wzmocnienie kompetencji zdrowotnych uczestników programu w zakresie samodzielnego planowania i utrzymania profilaktyki jamy ustnej, rozumiane jako odsetek osób deklarujących wprowadzenie co najmniej jednej trwałej zmiany zachowania prozdrowotnego (np. regularne nitkowanie, ograniczenie spożycia słodzonych napojów, rezygnacja z przekąsek między posiłkami) na poziomie co najmniej 30% uczestników programu w latach 2026-2028.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek osób, u których stwierdzono poprawę zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartość wskaźnika PUW dla zębów stałych, w stosunku do wszystkich uczestników programu, z wartością oczekiwaną wynoszącą co najmniej 15% względem wartości wyjściowej.
2. Odsetek osób, u których odnotowano wzrost poziomu wiedzy zdrowotnej dotyczącej profilaktyki próchnicy, czynników ryzyka oraz zasad higieny, mierzony różnicą pomiędzy wynikiem pre-testu i post-testu, zakładając wzrost wyniku o co najmniej 25% jako wartość oczekiwaną.
3. Odsetek pełnoletnich uczestników deklarujących stosowanie prawidłowych technik higieny jamy ustnej, mierzony przed i po realizacji programu, z wartością oczekiwaną wynoszącą co najmniej 20% wzrostu względem wartości wyjściowej.

4. Odsetek uczestników objętych pełną oceną stanu jamy ustnej oraz oceną indywidualnego ryzyka próchnicy, z wartością oczekiwaną na poziomie co najmniej 85% osób zakwalifikowanych do programu.
5. Odsetek uczestników programu, którzy wzięli udział w co najmniej jednej zaplanowanej interwencji edukacyjnej (instruktaż higieny, poradnictwo, udział w spotkaniu edukacyjnym), w stosunku do liczby osób zakwalifikowanych do programu, z wartością oczekiwaną wynoszącą co najmniej 90%.
6. Odsetek uczestników programu, którzy w ankiecie ewaluacyjnej po zakończeniu udziału w programie deklarują wprowadzenie co najmniej jednej trwałej zmiany w zachowaniach zdrowotnych dotyczących jamy ustnej (np. regularne stosowanie nici dentystycznej lub szczoteczek międzyzębowych, ograniczenie spożycia cukrów prostych, zmiana częstotliwości wizyt kontrolnych), z wartością oczekiwaną wynoszącą co najmniej 30% uczestników programu.

Wartości wszystkich wskaźników określone będą zarówno przed rozpoczęciem programu, jak i po jego zakończeniu. Zmiana wartości wskaźników oraz jej wielkość będą stanowić podstawę oceny skuteczności programu. Pomiar efektywności będzie prowadzony w sposób ciągły, po każdym roku realizacji oraz w ramach ewaluacji końcowej, z wykorzystaniem danych źródłowych: wyników testów wiedzy, dokumentacji realizatora programu, ankiet satysfakcji oraz dostępnych danych epidemiologicznych.

Przyjęte wartości docelowe oparte zostały na dotychczasowych doświadczeniach jednostek samorządu terytorialnego realizujących programy profilaktyki stomatologicznej oraz na praktyce klinicznej i danych epidemiologicznych. Wartości te zostały uznane za realne do osiągnięcia przy założeniu niezmiennego poziomu finansowania. W przypadku zmian organizacyjnych lub finansowych wskaźniki mogą podlegać korekcie, przy zachowaniu ciągłości oceny efektywności programu.

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

III.1 Populacja docelowa

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, na dzień 31 grudnia 2024 r. Gmina Kleszczów liczyła 6 346 mieszkańców, z czego 50,9% stanowiły kobiety, a 49,1% mężczyźni. Struktura demograficzna charakteryzuje się znacznym udziałem osób w wieku produkcyjnym oraz stopniowym wzrostem populacji w wieku 60+, co wynika z analiz dostępnych w Banku Danych Lokalnych GUS oraz struktury piramidy wieku. Utrzymująca się stabilność liczebna grup w wieku 20-49 lat przy jednoczesnym wzroście liczby mieszkańców w grupach starszych stanowi istotne uzasadnienie dla planowania działań profilaktycznych i diagnostycznych ukierunkowanych na zdrowie jamy ustnej osób dorosłych, w tym seniorów, u których ryzyko chorób jamy ustnej jest znacząco wyższe.



Rycina 2. Piramida wieku mieszkańców gminy Kleszczów, 2023 rok.

Źródło: https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Kleszczow

Program jest skierowany do wszystkich pełnoletnich mieszkańców Gminy Kleszczów, którzy spełnią kryteria kwalifikacyjne określone w dalszej części dokumentu. Działania informacyjne adresowane będą do całej populacji dorosłej, natomiast interwencje edukacyjne, diagnostyczne i profilaktyczne obejmą osoby zakwalifikowane do programu zgodnie z przyjętymi kryteriami włączenia i wyłączenia.

Realizacja programu zaplanowana jest na lata 2026-2028, co oznacza, że populacja docelowa w ostatnim roku obejmie również wszystkie osoby, które ukończą 18 lat do dnia 31 grudnia 2028 r. Zgodnie z danymi demograficznymi, do populacji tej będą stopniowo wchodziły kolejne roczniki osiągające pełnoletność, co wpływa na wielkość grupy potencjalnych uczestników programu.

Szczegółowe dane dotyczące struktury wieku populacji przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Liczebność grup wiekowych w populacji całościowej programu - XII 2023 r.

Grupa wiekowa	Populacja kobiet	Populacja mężczyzn	Populacja całościowa
85+	48	10	58
80-84	52	26	78
75-79	68	51	119
70-74	108	102	210
65-69	140	134	274
60-64	150	155	305
55-59	140	145	285
50-54	184	201	385
45-49	250	228	478
40-44	313	324	637
35-39	288	264	551
30-34	232	230	461
25-29	169	189	358
20-24	156	140	296
15-19	216	219	434
Razem	2514	2418	4932

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

Struktura przedstawiona powyżej wskazuje na zróżnicowanie populacji pod względem wieku, z przewagą osób w wieku produkcyjnym oraz znaczącym udziałem mieszkańców w wieku 60+, u których częstość chorób jamy ustnej - w tym próchnicy, chorób przyzębia oraz bezzębna - jest szczególnie wysoka. Włączenie tych grup do programu ma istotne znaczenie epidemiologiczne i społeczne, co jest zgodne z aktualnymi rekomendacjami klinicznymi oraz z logiką interwencji profilaktycznych dotyczących populacji dorosłej wskazaną w rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 42/2025.

Adresatami programu są wszystkie osoby pełnoletnie zamieszkałe na terenie Gminy Kleszczów, które spełnią kryteria włączenia do programu. Program ma charakter populacyjny i będzie realizowany w sposób umożliwiający objęcie działań edukacyjnych, diagnostycznych i profilaktycznych możliwie szerokiej grupy mieszkańców, z uwzględnieniem lokalnej dostępności świadczeń stomatologicznych oraz potrzeb zidentyfikowanych w poprzednich edycjach programu, w tym wysokiego poziomu zaniedbań higienicznych, niskiego poziomu uczestnictwa w profilaktyce oraz ograniczonego dostępu do świadczeń gwarantowanych NFZ na terenie gminy.

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

Kryteria włączenia do programu

Do programu mogą zostać zakwalifikowane wszystkie osoby spełniające łącznie następujące kryteria:

- ukończony 18. rok życia, potwierdzony numerem PESEL lub dokumentem tożsamości zawierającym datę urodzenia;
- zamieszkanie lub zameldowanie na terenie Gminy Kleszczów, potwierdzone odpowiednim dokumentem lub elektronicznym poświadczeniem z aplikacji mObywatel;

- podpisanie świadomej zgody na udział w programie oraz przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji programu;
- brak przeciwwskazań medycznych do wykonania świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych lub edukacyjnych określonych w programie.

Kryteria wyłączenia z programu

Z udziału w programie zostają wykluczone osoby, u których stwierdzono:

- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak potwierdzenia spełnienia kryterium wieku lub zamieszkania na terenie Gminy Kleszczów;
- przeciwwskazania medyczne uniemożliwiające wykonanie świadczeń objętych programem (stwierdzone podczas kwalifikacji lub w trakcie programu);
- brak możliwości zakończenia procesu diagnostycznego lub edukacyjnego z powodu okoliczności niezależnych od realizatora (np. przerwanie udziału przez uczestnika).

Zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zasadą równego dostępu do świadczeń, korzystanie ze świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych nie stanowi kryterium wyłączającego z udziału w programie.

Warunki udziału w poszczególnych częściach programu

- Wizyta kwalifikacyjna jest dostępna dla wszystkich osób spełniających kryteria włączenia; jej warunkiem jest podpisanie świadomej zgody przy kwalifikacji.
- Działania informacyjno-edukacyjne obejmują wszystkich uczestników programu, niezależnie od wyniku kwalifikacji klinicznej.
- Świadczenia stomatologiczne (profilaktyczne i diagnostyczne) będą wykonywane wyłącznie u osób zakwalifikowanych podczas wizyty kwalifikacyjnej, u których stwierdzono zasadność wykonania interwencji profilaktycznej lub diagnostycznej zgodnie z założeniami programu.

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 do programu, będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań w ramach programu, obejmujących edukację zdrowotną, profesjonalną ocenę stanu jamy ustnej i ryzyka próchnicy oraz niezbędne świadczenia profilaktyczne i zachowawcze (w tym wypełnienia ubytków i niezbędne zdjęcia diagnostyczne), bez świadczeń protetycznych. Świadczenia stomatologiczne finansowane w ramach programu będą udzielane

wyłącznie osobom zakwalifikowanym podczas wizyty kwalifikacyjnej jako uzupełnienie i rozszerzenie dostępności świadczeń gwarantowanych NFZ, a nie ich zastępowanie.

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 pełnoletnich mieszkańców Gminy Kleszczów, ze szczególnym uwzględnieniem osób po 40. roku życia, u których kumulują się wieloletnie czynniki ryzyka próchnicy i chorób przyzębia. Do rozpowszechnienia informacji o programie mogą zostać wykorzystane lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze (zwłaszcza POZ), zakłady pracy, placówki edukacyjne dla dorosłych, kluby seniora, instytucje pomocy społecznej, a także parafie i inne miejsca częstych kontaktów społecznych.

Mieszkańcy Gminy Kleszczów zostaną poinformowani m.in. o:

- znaczeniu zdrowia jamy ustnej dla zdrowia ogólnego (związek z chorobami sercowo-naczyniowymi, cukrzycą, chorobami zapalnymi, jakością życia),
- skali problemu próchnicy i chorób przyzębia w populacji dorosłych oraz konsekwencjach braku leczenia (ból, utrata zębów, trudności w żuciu i mówieniu, pogorszenie jakości życia),
- zakresie działań dostępnych w programie - edukacji zdrowotnej, profesjonalnej ocenie stanu jamy ustnej i ryzyka próchnicy, zabiegach profilaktycznych (instruktaż higieny, skaling, piaskowanie, fluoryzacja) oraz leczeniu zachowawczym ubytków zębowych wraz z niezbędną diagnostyką radiologiczną,
- bezpłatnym charakterze świadczeń realizowanych w ramach programu dla uczestników spełniających kryteria włączenia,
- komplementarnym charakterze programu wobec świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych - program ma umożliwić dostęp do profilaktyki i wczesnego leczenia osobom, które nie korzystają regularnie z opieki stomatologicznej finansowanej przez NFZ,
- zasadach uczestnictwa, kryteriach kwalifikacji oraz sposobach zgłoszenia się do programu (osobiście, telefonicznie, ewentualnie elektronicznie - w zależności od możliwości Realizatora).

Działania informacyjne obejmą w szczególności:

- przygotowanie i dystrybucję plakatów oraz ulotek w miejscach publicznych (urząd gminy, przychodnie, apteki, biblioteka, szkoły dla dorosłych, kluby seniora, sklepy, parafie),

- publikację ogłoszeń oraz artykułów informacyjnych na stronie internetowej gminy, w mediach lokalnych i w oficjalnych kanałach komunikacji JST (biuletyn, media społecznościowe),
- przekazanie informacji do podmiotów leczniczych, zakładów pracy, instytucji pomocy społecznej oraz organizacji pozarządowych działających na terenie gminy celem dotarcia do jak najszerszej grupy dorosłych mieszkańców,
- wskazanie w każdym materiale informacyjnym danych kontaktowych Realizatora programu, zasad zgłaszania się oraz podstawowych kryteriów kwalifikacji,
- zamieszczenie informacji o czasie trwania programu, zakresie dostępnych świadczeń i możliwości ukończenia pełnego cyklu profilaktyczno-leczniczego.

Każda forma kampanii będzie prowadzona z uwzględnieniem dostępności dla osób z niepełnosprawnościami (czytelna czcionka, odpowiedni kontrast, możliwość uzyskania informacji telefonicznie, mailowo lub w punkcie stacjonarnym).

Spójność komunikacji

Kampania zostanie przygotowana w sposób zapewniający jednolitość przekazu wizualnego. Wykorzystany będzie ujednolicony logotyp programu oraz krótkie hasło przewodnie, akcentujące znaczenie profilaktyki i wczesnego leczenia próchnicy w wieku dorosłym (np. „Zdrowy uśmiech po 18-tce - mniej bólu, więcej życia”). Materiały będą zawierały elementy graficzne ułatwiające rozpoznawalność programu oraz zrozumienie zakresu oferowanych działań.

Priorytetowy charakter pierwszego miesiąca kampanii

W pierwszym miesiącu realizacji szczególny nacisk zostanie położony na dotarcie do grup o podwyższonym ryzyku chorób jamy ustnej, w tym:

- pracowników dużych zakładów pracy z terenu gminy,
- osób korzystających z pomocy społecznej,
- seniorów (kluby seniora, uniwersytet trzeciego wieku, organizacje pozarządowe),
- pacjentów POZ z chorobami przewlekłymi (np. cukrzycą, chorobami sercowo-naczyniowymi),
- osób zgłaszających się do gminnych jednostek organizacyjnych.

Działania informacyjne będą następnie kontynuowane przez cały okres trwania rekrutacji.

Ocena skuteczności kampanii

Efektywność kampanii będzie oceniana poprzez:

- liczbę zgłoszeń uczestników w pierwszym miesiącu od jej rozpoczęcia,
- liczbę wejść na stronę internetową programu oraz liczbę interakcji w kanałach komunikacji JST,
- liczbę wyświetleń i udostępnień publikacji online,
- liczbę rozdanych materiałów drukowanych (ulotki, plakaty),
- odsetek uczestników, którzy zadeklarują zdobycie informacji o programie z kampanii informacyjnej (na podstawie ankiety wstępnej).

Realizator programu uwzględni te dane w sprawozdaniu rocznym oraz końcowym.

Ad. 2. Rekrutacja uczestników

Przed rozpoczęciem interwencji medycznych Realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia

wymagania formalne i medyczne określone w kryteriach włączenia oraz czy przedłożyła podpisaną świadomą zgodę na udział w programie.

Podstawowe kryteria formalne obejmują:

- zamieszkiwanie lub zameldowanie na terenie Gminy Kleszczów (potwierdzone dokumentem, zaświadczeniem lub aplikacją mObywatel),
- ukończony 18. rok życia,
- wyrażenie chęci udziału w programie oraz podpisanie świadomej zgody na jego realizację,
- brak przeciwwskazań zdrowotnych do przeprowadzenia badania jamy ustnej, zabiegów profilaktycznych lub leczenia zachowawczego w warunkach ambulatoryjnych.

Szczegółowe kryteria kwalifikacyjne oraz kryteria wyłączenia zostały opisane w odrębnym rozdziale programu. Rekrutacja będzie prowadzona do momentu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację programu, z możliwością tworzenia listy rezerwowej.

Podział zadań w procesie rekrutacji

Pracownik administracyjny Realizatora:

- weryfikuje spełnienie warunków formalnych (miejsce zamieszkania, wiek, kompletność zgody),
- sprawdza kompletność dokumentacji zgłoszeniowej (formularz zgody, ankieta wstępna),
- prowadzi listę rekrutacyjną z datą i godziną zgłoszenia,
- tworzy listę rezerwową w przypadku przekroczenia limitu finansowego lub organizacyjnego,
- dokumentuje wszystkie odrzucenia wraz z podaniem przyczyny (np. niespełnienie kryteriów włączenia, brak zgody),
- zapewnia uczestnikom informację o kolejnych etapach programu (termin wizyty kwalifikacyjnej, zakres świadczeń).

Lekarz dentysta lub higienistka stomatologiczna (w zakresie swoich uprawnień):

- przeprowadza kwalifikację medyczną do udziału w programie,
- wykonuje badanie podmiotowe i przedmiotowe jamy ustnej,
- dokonuje oceny indywidualnego ryzyka próchnicy i chorób przyzębia,
- ustala potrzebę i zakres interwencji profilaktycznych i zachowawczych w ramach programu (instruktaż, zabiegi higienizacyjne, wypełnienie ubytków, zdjęcia radiologiczne),
- informuje o możliwych powikłaniach i zasadach postępowania po zabiegach,
- w razie potrzeby kieruje do dalszej diagnostyki lub leczenia poza programem (np. leczenie specjalistyczne, protetyczne, hospitalizacja).

Zakres kwalifikacji medycznej obejmuje m.in.:

- wywiad dotyczący chorób przewlekłych, stosowanych leków, alergii, przebytych zabiegów stomatologicznych i aktualnych dolegliwości,
- ocenę nawyków higienicznych i dietetycznych oraz czynników ryzyka (palenie tytoniu, spożycie alkoholu, dieta wysokoprzetworzona),
- ocenę stanu jamy ustnej z wykorzystaniem wskaźników klinicznych (np. PUW, wskaźniki periodontologiczne),
- identyfikację ubytków wymagających leczenia zachowawczego,

- ocenę możliwości bezpiecznego przeprowadzenia zabiegów profilaktycznych i leczniczych w warunkach ambulatoryjnych.

W przypadku stwierdzenia przeciwwskazań medycznych lekarz dentysta może podjąć decyzję o czasowym odroczeniu świadczeń lub wyłączeniu z programu, wraz z przekazaniem uczestnikowi zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

Dokumentacja rekrutacyjna

Realizator jest zobowiązany do:

- gromadzenia zgód na udział w programie oraz pełnej dokumentacji kwalifikacyjnej w siedzibie podmiotu, zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych (RODO) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz. 666 z późn. zm.),
- zapewnienia dostępności formularzy w wersji papierowej i - jeśli to możliwe - elektronicznej,
- przechowywania dokumentacji przez okres wymagany przepisami prawa,
- archiwizacji dokumentów zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- stosowania jednolitych wzorów formularzy zawartych w załącznikach do programu (formularz zgody, ankieta kwalifikacyjna, karta badania stomatologicznego),
- zapewnienia pełnego bezpieczeństwa danych, w tym ochrony przed dostępem osób nieuprawnionych.

Procedura kwalifikacji po zgłoszeniu

Po zgłoszeniu udziału w programie uczestnik zostaje wpisany na listę zgłoszeń i informowany o procedurze kwalifikacji. Realizator wyznacza termin wizyty kwalifikacyjnej. Podczas wizyty lekarz dentysta lub higienistka stomatologiczna przeprowadza wywiad, badanie kliniczne oraz ocenę ryzyka próchnicy i chorób przyzębia. Uczestnik podpisuje świadomą zgodę na udział w programie i realizację świadczeń.

W zależności od wyniku kwalifikacji:

- a) uczestnik zostaje zakwalifikowany do realizacji pełnego pakietu świadczeń w programie (edukacja, profilaktyka, leczenie zachowawcze),
- b) uczestnik zostaje zakwalifikowany wyłącznie do części działań (np. edukacja + profilaktyka), jeśli nie ma wskazań do leczenia zachowawczego,
- c) uczestnik zostaje czasowo odroczone z powodu przeciwwskazań zdrowotnych (z ustaleniem nowego terminu),
- d) uczestnik zostaje wyłączony z programu z powodu trwałych przeciwwskazań lub niespełnienia kryteriów włączenia - po otrzymaniu informacji i zaleceń co do dalszego postępowania.

Zasady rekrutacji i dostępności

Rekrutacja będzie prowadzona w sposób ciągły do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na program. Nabór jest otwarty i równy dla wszystkich dorosłych mieszkańców spełniających kryteria kwalifikacyjne, niezależnie od statusu społecznego, rodzinnego czy zawodowego. Zgłoszenia będą przyjmowane osobiście, telefonicznie oraz - jeżeli Realizator zapewni taką możliwość - elektronicznie.

W przypadku przekroczenia limitu miejsc zostanie utworzona lista rezerwowa, z której osoby będą kwalifikowane w przypadku rezygnacji lub wyłączenia uczestników.

Monitorowanie procesu rekrutacji

Realizator będzie prowadził:

- ewidencję wszystkich zgłoszeń,
- wykaz uczestników zakwalifikowanych, odroczonych i wyłączonych,
- dokumentację liczby rezygnacji i ich przyczyn,
- analizę demograficzną uczestników (wiek, płeć, miejsce zamieszkania),
- raporty kwartalne i roczne przekazywane do Gminy Kleszczów w ramach sprawozdawczości programu.

Etap II - działania edukacyjne i interwencja medyczna

Ad. 3. Działania edukacyjne

Materiały informacyjne i edukacyjne zostaną opracowane pod względem merytorycznym i graficznym przez Realizatora Programu. Kampania edukacyjna prowadzona będzie z wykorzystaniem stron internetowych, mediów społecznościowych, plakatów, ulotek, tablic informacyjnych oraz innych form przekazu dostosowanych do populacji osób dorosłych. Informacja o Programie będzie dostępna również na stronie internetowej Gminy Kleszczów oraz w miejscach publicznych odwiedzanych przez mieszkańców.

Zakres działań edukacyjnych realizowanych w ramach interwencji

Działania edukacyjne obejmują:

- kampanię informacyjno-edukacyjną przedstawiającą mieszkańcom cele, założenia i zakres świadczeń w programie;
- przekazanie rzetelnej, aktualnej wiedzy dotyczącej zdrowia jamy ustnej, w szczególności czynników ryzyka, zasad profilaktyki i znaczenia wczesnego leczenia próchnicy oraz chorób przyzębia u dorosłych;
- działania ukierunkowane na wzrost świadomości zdrowotnej, zmianę zachowań higienicznych i dietetycznych oraz zwiększenie zgłaszalności na profilaktyczne wizyty stomatologiczne.

Treści edukacyjne w programie obejmują w szczególności:

a) czynniki ryzyka próchnicy u dorosłych, w tym:

- niewystarczająca higiena jamy ustnej,
- częste spożywanie cukrów prostych,
- suchość jamy ustnej (kserostomia, leki, choroby przewlekłe),
- palenie tytoniu,
- dieta wysokoprzetworzona,
- niska zgłaszalność na kontrole stomatologiczne.

b) znaczenie profilaktyki stomatologicznej, w tym:

- prawidłowe techniki szczotkowania zębów,
- stosowanie past fluorowych (≥ 1450 ppm F),
- nitkowanie i użycie irygatorów,

- płukanie środkami wspomagającymi (np. związki fluoru, chlorheksydyna - zgodnie ze wskazaniami),
- określona przez ACFF i FDI konieczność regularnych wizyt kontrolnych co 6-12 miesięcy.

c) etiologia, epidemiologia i konsekwencje nieleczzonej próchnicy, w tym:

- przebieg choroby i konsekwencje zdrowotne,
- powikłania: zapalenia miazgi, ropnie, stany zapalne, utrata zębów, zaburzenia żucia, wpływ na stan ogólny,
- związek chorób jamy ustnej z chorobami ogólnoustrojowymi (cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe).

d) znaczenie oceny indywidualnego ryzyka próchnicy (CRA), zgodnie z rekomendacjami WHO, FDI, ACFF i PTS (2023-2025),

e) konieczność wczesnego wykrywania zmian próchnicowych i chorób przyzębia,

f) znaczenie regularności kontroli stomatologicznych finansowanych zarówno prywatnie, jak i w ramach programów JST,

g) możliwości skorzystania z działań edukacyjnych, profilaktycznych i diagnostycznych w ramach programu.

Formy realizacji działań edukacyjnych

Działania edukacyjne będą prowadzone równolegle w dwóch formach:

1. **indywidualnej** - podczas wizyty kwalifikacyjnej, gdzie uczestnik otrzyma:
 - instruktaż higieny (szczotkowanie, nitkowanie, higiena języka),
 - ocenę najczęściej popełnianych błędów,
 - zalecenia dietetyczne,
 - materiały edukacyjne (ulotki, infografiki).
2. **populacyjnej** - skierowanej do ogółu mieszkańców, poprzez:
 - publikacje online,
 - ulotki i plakaty,
 - materiały w mediach lokalnych,
 - materiały graficzne Realizatora i JST,
 - działania we współpracy z lokalnymi podmiotami (POZ, kluby seniora, OPS, zakłady pracy).

W działaniach edukacyjnych dopuszczone jest korzystanie z materiałów NIZP-PZH, Ministerstwa Zdrowia, GIS, ACFF, FDI oraz Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, o ile spełniają wymogi aktualności i zgodności z nauką (stan wiedzy na 2025 r.).

Dostępność działań edukacyjnych

Materiały edukacyjne zostaną przygotowane w wersjach:

- papierowej - przekazywanej podczas wizyty,
- elektronicznej - dostępnej na stronie Realizatora i JST,
- przystosowanej dla osób z niepełnosprawnościami (duża czcionka, wysoki kontrast, prosta grafika).

Testy wiedzy (pre-test i post-test)

W ramach działań edukacyjnych Realizator przeprowadzi:

- anonimowy pre-test wiedzy - przed rozpoczęciem edukacji,
- anonimowy post-test wiedzy - po jej zakończeniu.

Testy umożliwią ocenę realizacji mierników efektywności i osiągnięcie zakładanego wzrostu poziomu wiedzy.

Wyniki testów zostaną przedstawione w sprawozdaniach częściowych oraz w raporcie końcowym.

Cele działań edukacyjnych

Działania edukacyjne mają na celu:

- zwiększenie wiedzy zdrowotnej mieszkańców,
- poprawę zachowań higienicznych i dietetycznych,
- zmniejszenie liczby nieleczonych zmian próchnicowych,
- zwiększenie zgłaszalności do programu oraz regularnych kontroli,
- zmniejszenie liczby powikłań wymagających leczenia specjalistycznego,
- promowanie wczesnej diagnostyki i profilaktyki opartej na ocenie indywidualnego ryzyka próchnicy.

Działania edukacyjne obejmują także ocenę wiedzy uczestników za pomocą krótkiego testu w formie pre-testu (przed interwencją) oraz post-testu (po interwencji), co umożliwia ocenę faktycznego przyrostu wiedzy i efektywności edukacji.

Znaczenie działań edukacyjnych

Działania edukacyjne stanowią fundament programu polityki zdrowotnej - mają kluczowe znaczenie dla osiągnięcia celów dotyczących poprawy stanu zdrowia jamy ustnej dorosłych mieszkańców Gminy Kleszczów.

Ich ciągłość przez cały okres realizacji programu pozwoli:

- utrzymać wysoką zgłaszalność,
- wspierać zmianę nawyków zdrowotnych,
- zwiększać motywację do leczenia zmian próchnicowych,
- ograniczać liczbę przypadków wymagających zaawansowanego leczenia interwencyjnego.

Ad. 4. Wizyta kwalifikacyjna i interwencja stomatologiczna

Wizyta kwalifikacyjna będzie realizowana przed wykonaniem wszystkich świadczeń profilaktycznych i diagnostycznych w ramach programu. Badanie kwalifikacyjne może zostać przeprowadzone przez lekarza dentystę lub higienistkę stomatologiczną posiadającą kwalifikacje zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi wykonywania świadczeń profilaktycznych u osób dorosłych.

Celem wizyty kwalifikacyjnej jest ocena stanu zdrowia jamy ustnej, identyfikacja czynników ryzyka próchnicy i chorób przyzębia, określenie indywidualnego poziomu ryzyka próchnicy (Caries Risk Assessment - CRA), zakwalifikowanie do właściwej interwencji profilaktycznej oraz przekazanie uczestnikowi informacji dotyczących profilaktyki i dalszego leczenia stomatologicznego.

1. szczegółowy wywiad medyczny obejmuje w szczególności:

- historię chorób przewlekłych mogących wpływać na zdrowie jamy ustnej (cukrzyca, choroby autoimmunologiczne, choroby sercowo-naczyniowe),
- przyjmowane leki (zwłaszcza leki powodujące kserostomię: antydepresanty, beta-blokery, leki przeciwlękowe, moczopędne),
- palenie tytoniu i spożycie alkoholu,
- suchość jamy ustnej, zaburzenia wydzielania śliny, refluks, bruksizm,
- częstotliwość szczotkowania zębów i stosowanie dodatkowych metod higieny,
- nawyki żywieniowe - szczególnie spożycie cukrów prostych i napojów słodzonych,
- czas od ostatniej wizyty stomatologicznej, zakres wcześniejszych zabiegów,
- wcześniejsze leczenie zachowawcze, periodontologiczne lub protetyczne,
- występowanie dolegliwości bólowych, krwawienia dziąseł, ruchomości zębów, zmian patologicznych.

2. badanie przedmiotowe (kliniczne) jest wykonywane zgodnie ze standardami ACFF/FDI i obejmuje:

- ocenę stanu higieny jamy ustnej (OHI-S),
- ocenę tkanek miękkich jamy ustnej,
- ocenę twardych tkanek zęba - w tym aktywnych i nieaktywnych zmian próchnicowych,
- pomiar wskaźników periodontologicznych (BOP, kieszonki dziąsłowe, kamień naddziąsłowy),
- ocenę liczby zębów utraconych i braków wymagających leczenia,
- ocenę zmian patologicznych (nadżerki, owrzodzenia, zmiany potencjalnie złośliwe),
- ocenę zwarcia i ewentualnych parafunkcji.

W uzasadnionych przypadkach wykonane może zostać zdjęcie RTG zęba (punktowe).

3. ocena indywidualnego ryzyka próchnicy (CRA) prowadzona jest zgodnie z aktualnymi wytycznymi ACFF i Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (PTS 2024) i obejmuje:

- czynniki biologiczne (flora bakteryjna, suchość jamy ustnej),
- czynniki behawioralne (higiena, dieta, stosowanie fluoru),
- czynniki kliniczne (PUW, stan przyzębia, aktywność zmian próchnicowych),
- czynniki środowiskowe i socjoekonomiczne.

Uczestnicy klasyfikowani są do trzech poziomów ryzyka: niskiego, umiarkowanego lub wysokiego, co determinuje zakres interwencji.

Zależność interwencji od poziomu ryzyka

a) niskie ryzyko próchnicy

uczestnik otrzymuje:

- instruktaż higieny jamy ustnej,
- edukację dietetyczną,
- fluoryzację 1× w roku,
- skaling naddziąsłowy/polerowanie według wskazań (najczęściej 1× w roku),
- kontrolę i CRA po 12 miesiącach.

b) umiarkowane ryzyko próchnicy

uczestnik otrzymuje:

- rozszerzony instruktaż higieny jamy ustnej + higiena międzyzębowa,

- edukację z indywidualnym planem profilaktyki,
- fluoryzację co 6 miesięcy,
- skaling i polerowanie 1-2 razy w roku,
- remineralizację zmian początkowych,
- wczesne leczenie zachowawcze ubytków początkowych i średnich,
- kontrolę i CRA po 6-12 miesiącach.

c) wysokie ryzyko próchnicy

uczestnik otrzymuje intensywny schemat:

- **profilaktyka:**
 - fluoryzacja co 3 miesiące,
 - skaling i polerowanie 2× w roku,
 - rozszerzony instruktaż higieny + monitoring techniki,
 - remineralizacja wszystkich zmian początkowych.
- **leczenie:**
 - wczesne leczenie wszystkich aktywnych ubytków w zakresie programu,
 - zabezpieczenie nadwrażliwości.
- **monitoring:**
 - kontrola i CRA po 3-6 miesiącach,
 - zalecenia dotyczące ewentualnego leczenia specjalistycznego.

4. edukacja zdrowotna podczas kwalifikacji

uczestnik otrzymuje informacje dotyczące:

- prawidłowej higieny jamy ustnej,
- technik szczotkowania i higieny międzyzębowej,
- stosowania past fluorowych (1450 ppm; preparaty >2500 ppm wyłącznie po zaleceniu lekarza dentystry),
- wpływu diety i cukrów prostych na rozwój próchnicy,
- profilaktyki chorób przyzębia,
- roli regularnych kontroli stomatologicznych,
- znaczenia profesjonalnych zabiegów higienizacyjnych.

5. świadoma zgoda

Przed wykonaniem świadczeń uczestnik podpisuje:

- zgodę na udział w programie,
- zgodę na badanie stomatologiczne i zabiegi profilaktyczne,
- zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z RODO.

6. dokumentacja

Realizator dokumentuje:

- wartość PUW, OHI-S i poziom ryzyka próchnicy,
- zakres zaleconych świadczeń,
- wykonane zabiegi,
- zalecenia pozabiegowe.

Interwencja stomatologiczna

Zakres interwencji obejmuje świadczenia wynikające z kwalifikacji medycznej i poziomu ryzyka próchnicy (CRA). Zakres świadczeń jest zgodny z obowiązującymi przepisami oraz standardami profilaktyki stomatologicznej dla osób dorosłych. Wszystkie świadczenia mają charakter profilaktyczny lub zachowawczy i nie obejmują leczenia specjalistycznego, ani protetycznego.

a) Świadczenia profilaktyczne

Świadczenia profilaktyczne mają na celu eliminację płytki nazębnej, kamienia oraz czynników zwiększających ryzyko chorób przyzębia i próchnicy, a także poprawę higieny jamy ustnej.

W ramach programu mogą być wykonywane:

- skaling naddziąsłowy - usunięcie kamienia nazębnego z powierzchni koron zębów metodą ultradźwiękową lub ręczną;
- piaskowanie - usunięcie osadów i przebarwień z powierzchni zębów (wykonywane wyłącznie w przypadku wskazań, np. obecność osadów, palenie tytoniu);
- polerowanie powierzchni zębów - wygładzenie powierzchni po skalingu/piaskowaniu, ograniczające retencję płytki nazębnej;
- profesjonalna fluoryzacja lakierem fluorkowym - nałożenie preparatu fluorowego na powierzchnie zębów, w celu zwiększenia odporności szkliwa na próchnicę;
- instruktaż higieny jamy ustnej - edukacja obejmująca dobór szczoteczki, technikę szczotkowania, higienę międzyzębową (nici, irygator), metody oczyszczania języka oraz indywidualne zalecenia dostosowane do poziomu ryzyka (CRA).

Wszystkie procedury są wykonywane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa oraz standardów postępowania higienicznego i aseptyki.

b) Wczesne leczenie zachowawcze

W ramach programu możliwe jest przeprowadzenie świadczeń ukierunkowanych na leczenie wczesnych form próchnicy i zmian wymagających interwencji zachowawczej, wykonywanych wyłącznie w zakresie, który nie wymaga specjalistycznego sprzętu.

Obejmuje ono:

- leczenie ubytków próchnicowych w stopniu początkowym i średnim, ograniczonych do szkliwa lub zębiny powierzchownej - zgodnie z kwalifikacją medyczną;
- remineralizację zmian początkowych - aplikację preparatów remineralizujących (fluor, hydroksyapatyt, CPP-ACP) w miejscach, gdzie możliwe jest zahamowanie próchnicy bez konieczności borowania;
- zabezpieczanie nadwrażliwości - zastosowanie preparatów zmniejszających nadwrażliwość szyjek zębowych lub powierzchni szkliwa.

Jeżeli stan kliniczny wymaga takich świadczeń: leczenia specjalistycznego, niemożliwego do wykonania w ramach programu, uczestnik:

- otrzymuje pisemne zalecenia dotyczące dalszego postępowania,
- zostaje poinformowany o konieczności kontynuacji leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych lub prywatnie,
- otrzymuje skierowanie do odpowiedniego podmiotu leczniczego (chirurgia stomatologiczna, periodontologia lub protetyka),
- otrzymuje informacje o potencjalnych powikłaniach i konieczności pilnej konsultacji w przypadku zmian alarmujących.

c) Zakres interwencji według poziomu ryzyka próchnicy (CRA)

Wszyscy uczestnicy programu zostają zakwalifikowani do jednej z trzech grup ryzyka próchnicy: niskiego, umiarkowanego lub wysokiego.

Poziom ryzyka określony podczas oceny CRA determinuje zakres i intensywność świadczeń profilaktycznych oraz wczesnego leczenia zachowawczego.

c.1 Grupa ryzyka niskiego

Zakres interwencji:

- skaling naddziąstowy (jeśli klinicznie uzasadniony),
- polerowanie powierzchni zębów,
- profesjonalna fluoryzacja lakierem fluorkowym (1× w trakcie programu),
- instruktaż higieny jamy ustnej oraz ocena techniki szczotkowania,
- edukacja zdrowotna dotycząca higieny, diety i kontroli stomatologicznych.

Częstotliwość:

- jedna wizyta higienizacyjna w trakcie programu,
- kontrola po 12 miesiącach (jeśli program obejmuje więcej niż 1 rok).

c.2 Grupa ryzyka umiarkowanego

Zakres interwencji:

- skaling naddziąstowy + polerowanie (1×; w razie potrzeby 2×),
- piaskowanie w przypadku obecności osadów,
- profesjonalna fluoryzacja lakierem fluorkowym (1-2×),
- remineralizacja zmian początkowych (zgodnie z zaleceniami klinicznymi),
- instruktaż higieny jamy ustnej z kontrolą techniki,
- modyfikacja zachowań dietetycznych i higienicznych,
- wskazania do regularnych kontroli stomatologicznych.

Częstotliwość:

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

c.3 Grupa ryzyka wysokiego

Zakres interwencji:

- pełen pakiet higienizacyjny: skaling naddziąstowy + polerowanie + piaskowanie (w przypadku wskazań),
- profesjonalna fluoryzacja lakierem fluorkowym co najmniej 2× w trakcie programu,
- intensywna remineralizacja zmian początkowych,
- wczesne leczenie zachowawcze ubytków próchnicowych w stopniu początkowym i średnim,
- instruktaż higieny jamy ustnej z ponowną oceną techniki,
- dobór indywidualnych narzędzi higienicznych (nitki, szczoteczki, irygacja),
- edukacja zdrowotna dotycząca wpływu czynników ogólnoustrojowych i behawioralnych na ryzyko próchnicy.

Częstotliwość:

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

Instrukcje pozabiegowe

Uczestnicy programu otrzymują instrukcje dotyczące:

- objawów po skalingu i fluoryzacji,
- zasad higieny po zabiegu,
- terminu zalecanej kontroli.

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

Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze

Ad. 5. Monitorowanie działań w ramach programu

Monitoring realizacji programu jest kluczowym elementem zapewniającym prawidłową realizację interwencji, bezpieczeństwo uczestników oraz zgodność działań z założeniami programu i aktualnymi rekomendacjami klinicznymi.

Monitoring będzie prowadzony przez cały okres trwania programu i obejmuje następujące obszary:

1. Weryfikacja zgłaszalności uczestników

Realizator prowadzi bieżącą ewidencję liczby:

- osób zgłoszonych do programu,
- osób zakwalifikowanych do badania stomatologicznego,
- osób, u których wykonano ocenę ryzyka próchnicy (CRA),
- osób zakwalifikowanych do interwencji profilaktycznej,
- osób, u których wykonano świadczenia profilaktyczne (skaling, piaskowanie, fluoryzacja),
- osób, u których wykonano wczesne leczenie zachowawcze (zgodnie z zakresem programu),
- osób wyłączonych z powodu przeciwwskazań lub braku możliwości wykonania świadczenia,
- osób rezygnujących z udziału wraz z podaniem przyczyn.

Dane te będą porównywane z założoną populacją docelową oraz z limitem finansowym przewidzianym przez Gminę Kleszczów.

2. Ocena jakości świadczeń

Realizator jest zobowiązany do stałej kontroli:

- zgodności udzielanych świadczeń z założonym zakresem programu,
- poprawności kwalifikacji stomatologicznych i diagnozy klinicznej,
- zgodności z aktualnymi standardami PTS/FDI/ACFF (w zakresie CRA, higienizacji i zabiegów profilaktycznych),
- kompletności i jakości dokumentacji medycznej,
- zgodności wykonanych świadczeń z poziomem ryzyka próchnicy (niski/umiarkowany/wysoki),
- przestrzegania zasad bezpieczeństwa świadczeń stomatologicznych.

Koordynator medyczny nadzoruje terminowość działań, jakość higienizacji, poprawność identyfikacji zmian próchnicowych oraz prawidłowość prowadzenia CRA i dokumentacji.

3. Monitorowanie działań edukacyjnych

Realizator prowadzi:

- listy obecności na spotkaniach edukacyjnych (jeśli przewidziane),
- zestawienia liczby osób objętych edukacją indywidualną podczas wizyty kwalifikacyjnej,
- dokumentację pre-testów i post-testów wiedzy,
- zestawienia liczby dystrybuowanych materiałów edukacyjnych.

Monitoring działań edukacyjnych służy weryfikacji stopnia realizacji celów szczegółowych programu dotyczących wzrostu wiedzy i zmiany zachowań higienicznych.

4. Monitorowanie bezpieczeństwa świadczeń

W ramach monitoringu jakości i bezpieczeństwa Realizator prowadzi analizę:

- liczby odnotowanych miejscowych reakcji pozabiegowych (np. krwawienie po skalingu, nadwrażliwość),
- charakteru i nasilenia zgłaszanych dolegliwości,
- sposobu postępowania po interwencji,
- konieczności zmiany lub korekty procedur (jeśli dotyczy).

Wszystkie zdarzenia są dokumentowane zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

Dokumentacja i raportowanie

Realizator prowadzi comiesięczne zestawienia obejmujące:

- liczbę zgłoszeń i kwalifikacji,
- liczbę wykonanych ocen CRA,
- liczbę świadczeń profilaktycznych (skaling, piaskowanie, fluoryzacja),
- liczbę wykonanych świadczeń wczesnego leczenia zachowawczego,
- liczbę działań edukacyjnych,
- wyniki testów wiedzy,
- liczbę rezygnacji i wyłączeń.

Zestawienia te stanowią podstawę przygotowania raportu rocznego i końcowego dla Gminy Kleszczów.

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.

1. Ewaluacja ilościowa obejmuje analizę:

- liczby osób zgłoszonych, zakwalifikowanych i objętych oceną CRA,
- liczby wykonanych świadczeń profilaktycznych,
- liczby wykonanych zabiegów wczesnego leczenia zachowawczego,
- liczby osób według grup ryzyka (niski/umiarkowany/wysoki),
- odsetka uczestników z poprawą wskaźnika PUW,
- odsetka uczestników z poprawą higieny (OHI-S),
- wyników pre-testów i post-testów wiedzy,
- udziału w działaniach edukacyjnych.

Jeżeli dane będą dostępne, uwzględnione zostaną również wybrane wskaźniki epidemiologiczne dotyczące zdrowia jamy ustnej dorosłych na poziomie gminy.

2. Ewaluacja jakościowa obejmuje analizę:

- opinii uczestników dotyczących organizacji i jakości programu,
- oceny jakości pracy personelu medycznego,
- przydatności i czytelności materiałów edukacyjnych,
- subiektywnego poczucia wzrostu wiedzy oraz zmiany zachowań higienicznych (ankieta satysfakcji + test wiedzy).

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

3. Ocena trwałości rezultatów

W miarę dostępności danych Realizator podejmie próbę określenia:

- trwałości zmian zachowań higienicznych (po 6-12 miesiącach),
- podjęcia dalszego leczenia stomatologicznego po zakończeniu programu,
- regularności zgłaszania się na kontrole stomatologiczne,
- utrzymania poprawy parametrów CRA.

4. Koszty i efektywność kosztowa

Realizator przeprowadza analizę kosztów jednostkowych obejmującą:

- koszt jednej osoby objętej edukacją,
- koszt jednej osoby objętej pełną kwalifikacją stomatologiczną (CRA + badanie),
- koszt jednej osoby, u której wykonano świadczenia profilaktyczne,
- koszt jednej osoby, u której wykonano wczesne leczenie zachowawcze.

Analiza ta pozwoli ocenić efektywność kosztową programu i podejmować decyzje o jego kontynuacji lub modyfikacji.

Raporty roczne i raport końcowy

Realizator sporządza:

- raport roczny (za każdy rok realizacji programu),
- raport końcowy - w terminie do 3 miesięcy od zakończenia programu - który obejmuje:
 - liczbę uczestników na każdym etapie,
 - liczbę przeprowadzonych badań kwalifikacyjnych i ocen CRA,
 - liczbę wykonanych świadczeń profilaktycznych i leczniczych,
 - analizę poprawy parametrów PUW i OHI-S,
 - ocenę realizacji celów i mierników,
 - analizę kosztów,
 - rekomendacje dotyczące ewentualnej kontynuacji programu.

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

Uczestnicy programu będą przyjmowani w całym okresie jego realizacji. Aby zapewnić wysoką dostępność świadczeń i eliminować bariery organizacyjne, Realizator jest zobowiązany do zagwarantowania dywersyfikacji godzin przyjęć, w tym dostępności w godzinach popołudniowych. Informacje o harmonogramie udzielania świadczeń oraz zasadach uczestnictwa będą

rozpowszechniane za pośrednictwem wszystkich dostępnych kanałów komunikacji - strony internetowej JST, materiałów drukowanych, komunikacji prowadzonej przez Realizatora oraz mediów lokalnych.

Świadczenia będą udzielane w cyklu ciągłym, zgodnie z kolejnością zgłoszeń i do momentu wyczerpania limitu finansowego programu. Wszystkie interwencje 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), a także zgodnie z aktualnymi rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, FDI, ACFF oraz standardami klinicznymi dotyczącymi profilaktyki chorób jamy ustnej u dorosłych.

Świadczenia udzielane w ramach programu nie będą powielały świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych, w szczególności świadczeń stomatologicznych realizowanych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Program obejmuje działania wykraczające poza standardowy pakiet świadczeń gwarantowanych, w tym rozszerzoną diagnostykę ryzyka próchnicy (CRA), profesjonalne zabiegi higienizacyjne oraz wczesne leczenie zachowawcze w zakresie uzasadnionym medycznie, zgodnie z zakresem programu.

Świadczenia będą udzielane w warunkach ambulatoryjnych, w gabinecie stomatologicznym wyposażonym zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi wykonywania świadczeń stomatologicznych, z zapewnieniem pełnego bezpieczeństwa pacjenta i personelu. Realizator zapewni dostęp do wyposażenia zgodnego z rozporządzeniem, w tym zestawu przeciwwstrząsowego, sprzętu medycznego umożliwiającego wykonanie świadczeń profilaktycznych, aparatury stomatologicznej oraz odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych.

Każdy uczestnik programu zostanie poddany kwalifikacji stomatologicznej, obejmującej ocenę stanu jamy ustnej, identyfikację czynników ryzyka oraz określenie poziomu ryzyka próchnicy (CRA). Świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne i wczesnolecnicze będą udzielane wyłącznie uczestnikom zakwalifikowanym do interwencji zgodnie z założeniami programu i poziomem ryzyka.

Realizator będzie prowadził pełną dokumentację wszystkich udzielonych świadczeń, w tym kwalifikacji stomatologicznej, wyników oceny ryzyka, zakresu wykonanych zabiegów profilaktycznych i wczesnolecniczych, zaleceń oraz edukacji zdrowotnej przekazanej uczestnikowi. Dokumentacja medyczna będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych (RODO).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie działania zaplanowane w programie są zgodne z aktualnym stanem wiedzy, wytycznymi towarzystw naukowych oraz rekomendacjami ekspertów w dziedzinie stomatologii i zdrowia publicznego. Skuteczność kliniczna zabiegów higienizacyjnych (skaling, piaskowanie, fluoryzacja), edukacji zdrowotnej, oceny ryzyka próchnicy (CRA) oraz wczesnego leczenia zachowawczego jest potwierdzona licznymi badaniami naukowymi oraz wytycznymi ACFF, FDI, WHO i Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

Interwencje te prowadzą do:

- zmniejszenia aktywności próchnicy,
- redukcji płytki nazębnej i zapalenia dziąseł,
- poprawy wskaźników higieny (OHI-S),
- zmniejszenia liczby nowych ubytków próchnicowych,
- poprawy jakości życia i funkcji żucia,
- ograniczenia kosztów leczenia stomatologicznego w dłuższej perspektywie.

Program jest zgodny z logiką działań populacyjnych rekomendowaną przez AOTMiT w opiniach dotyczących programów profilaktyki stomatologicznej. Zaplanowane działania wpisują się w kierunek interwencji efektywnych kosztowo: edukacja + higienizacja + wczesne leczenie + identyfikacja ryzyka.

Świadczenia udzielane w ramach programu:

- nie wpływają na świadczenia finansowane przez NFZ,
- stanowią rozszerzenie standardowej opieki stomatologicznej w zakresie profilaktyki dorosłych,
- zwiększają dostępność profesjonalnych świadczeń dla mieszkańców,
- wspierają wczesne wykrywanie zmian próchnicowych i chorób przyzębia,
- zmniejszają przyszłe koszty leczenia specjalistycznego i protetycznego,
- są zgodne z ocenami technologii medycznych przedstawianymi w opiniach AOTMiT dotyczących programów stomatologicznych.

Zasady realizacji świadczeń

Realizator zapewni:

- możliwość przyjęć co najmniej 5 dni w tygodniu,
- dostęp do personelu posiadającego kwalifikacje ustawowe do wykonywania świadczeń stomatologicznych i profilaktycznych,
- ciągłość realizacji programu w okresie 2026-2028,
- prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- udział personelu w szkoleniach z zakresu profilaktyki, kwalifikacji stomatologicznej i edukacji zdrowotnej,
- pełną informację dla uczestników programu o jego zasadach, zakresie i źródłach finansowania.

Działania edukacyjne obejmują również grupę osób dorosłych o najwyższym ryzyku próchnicy jako grupę o szczególnym znaczeniu dla skuteczności interwencji populacyjnych.

Ryzyka i ograniczenia realizacji programu

Realizacja programu może być ograniczona przez:

- przeciwwskazania zdrowotne (np. ostre infekcje jamy ustnej, niektóre choroby ogólne),
- rezygnację uczestnika,
- niestawienie się na wizyty,
- czynniki społeczno-ekonomiczne (np. niska motywacja, brak zaufania do stomatologów),
- ograniczoną liczbę dostępnych wizyt,
- bariery czasowe uczestników (praca zmianowa, brak możliwości przyjazdu).

Realizator będzie minimalizował ryzyka poprzez:

- przypomnienia o wizytach (telefon/SMS),
- elastyczne godziny przyjęć,
- edukację prozdrowotną i wsparcie motywacyjne,
- analizę przyczyn rezygnacji i nieukończenia interwencji,
- bieżący monitoring zgłaszalności i wykonanych świadczeń,
- możliwość umawiania wizyt z wyprzedzeniem.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

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

Udział w programie ma charakter ciągły i trwa do momentu:

- wykonania wszystkich zaplanowanych świadczeń zgodnie z kwalifikacją,
- decyzji uczestnika o rezygnacji z dalszego udziału,
- zakończenia realizacji programu przez Gminę Kleszczów,
- wystąpienia przeciwwskazań medycznych uniemożliwiających wykonanie świadczeń,
- braku możliwości kontynuacji interwencji (np. zmiana miejsca zamieszkania poza teren gminy).

Zakończenie udziału w programie zostanie każdorazowo odnotowane w dokumentacji medycznej, z podaniem daty oraz zakresu wykonanych świadczeń. Realizator potwierdzi realizację interwencji poprzez wypełnienie karty badania stomatologicznego, dokumentację zabiegów profilaktycznych i edukacji oraz wskazanie zaleceń dla uczestnika.

Procedura zakończenia udziału - informacje dla uczestnika

Po wykonaniu wszystkich świadczeń przewidzianych w programie uczestnik otrzyma:

- informację o wynikach oceny stanu jamy ustnej i poziomie ryzyka próchnicy,
- zalecenia dotyczące dalszej profilaktyki domowej (higiena, fluoryzacja, dieta),
- informację o wskazanych interwencjach stomatologicznych wykraczających poza zakres programu,
- informację o konieczności kontroli stomatologicznej oraz zalecanym terminie kolejnej wizyty,
- zalecenia dotyczące utrzymania efektów profilaktyki.

Jeżeli podczas realizacji programu zostaną stwierdzone zmiany wymagające leczenia specjalistycznego (np. leczenie chirurgiczne, protetyczne), Realizator przekaze uczestnikowi pisemną informację o konieczności podjęcia dalszej terapii oraz wskaże możliwości skorzystania z świadczeń gwarantowanych NFZ lub usług komercyjnych.

Rezygnacja z udziału w programie przez uczestnika

Uczestnik może zrezygnować z udziału w programie na każdym etapie, w takim przypadku:

- decyzja o rezygnacji musi zostać potwierdzona pisemnie,

- oświadczenie zostaje włączone do dokumentacji medycznej,
- uczestnik zostaje poinformowany o konsekwencjach zdrowotnych przerwania interwencji (np. brak wpływu zabiegów na dalszy przebieg próchnicy lub chorób przyzębia),
- Realizator odnotuje, jakie świadczenia zostały wykonane przed rezygnacją.

Uczestnik, który zrezygnował z programu po kwalifikacji stomatologicznej, otrzyma pisemne zalecenia dotyczące dalszego postępowania i możliwości skorzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Usunięcie uczestnika z programu przez Realizatora

Realizator może wykluczyć uczestnika z programu w przypadku:

- niespełnienia kryteriów kwalifikacji lub ich utraty,
- stwierdzenia przeciwwskazań medycznych uniemożliwiających wykonanie świadczenia,
- odmowy podpisania wymaganych dokumentów (w tym świadomej zgody),
- nieprzestrzegania zasad organizacyjnych realizacji programu,
- utraty statusu mieszkańca gminy,
- braku możliwości przeprowadzenia interwencji stomatologicznej w okresie realizacji programu.

Decyzja o wyłączeniu z programu musi zostać uzasadniona i odnotowana w dokumentacji medycznej. W sytuacjach losowych - takich jak hospitalizacja, długotrwała choroba, zmiana miejsca zamieszkania - udział uczestnika kończy się automatycznie, z odpowiednim wpisem do dokumentacji.

Prawo do informacji po zakończeniu udziału w programie

Każdy uczestnik ma prawo otrzymać:

- informacje o wszystkich wykonanych świadczeniach,
- wyniki oceny stanu jamy ustnej i poziomu ryzyka próchnicy (CRA),
- zalecenia dotyczące higieny, diety i profilaktyki,
- informację o koniecznych dalszych świadczeniach stomatologicznych,
- kopię dokumentacji medycznej dotyczącej udziału w programie (na wniosek uczestnika).

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Sugerowane etapy PPZ oraz działania podejmowane w ramach poszczególnych etapów przedstawiono poniżej. Struktura procesu jest zgodna z obowiązującymi przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zaleceniami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

1. Opracowanie programu

Przygotowanie dokumentu uwzględniającego wszystkie elementy wymagane przez przepisy prawa oraz zgodnego z wytycznymi AOTMiT dotyczącymi programów profilaktyki stomatologicznej, w tym określenie populacji docelowej, zakresu świadczeń, celów i mierników realizacji.

2. Uzyskanie pozytywnej opinii Prezesa AOTMiT

Po uzyskaniu pozytywnej opinii Gmina Kleszczów podejmie uchwałę o wdrożeniu programu do realizacji.

3. Przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru realizatora PPZ

Konkurs odbywa się zgodnie z art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Wybór podmiotu realizującego program

Wybór następuje na podstawie wyników konkursu ofert i zgodnie z określonymi procedurami.

5. Realizacja programu

Etap I - Działania organizacyjne

I.1. Kampania informacyjna

I.2. Rekrutacja uczestników

Etap II - Działania edukacyjne i interwencje stomatologiczne

II.3. Działania edukacyjne

II.4. Interwencje medyczne (kwalifikacja + świadczenia stomatologiczne)

a) Wizyta kwalifikacyjna

b) Interwencje stomatologiczne zgodne z kwalifikacją.

Etap III - Działania kontrolne i sprawozdawcze

III.5. Monitorowanie działań w ramach programu

III.6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość

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 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 pomocą dostępnych kanałów komunikacji (strona internetowa JST i realizatora, media społecznościowe, materiały drukowane, instytucje publiczne).

Realizator zobowiązany jest do zabezpieczenia materiałów i sprzętu niezbędnego do wykonania świadczeń profilaktycznych i wczesnozachowawczych z zakresu leczenia stomatologicznego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, standardami bezpieczeństwa oraz przepisami prawa.

Wszystkie procedury stomatologiczne realizowane w ramach programu 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, PTS,
- 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, także poruszających się na wózkach,
- posiadać pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym 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 w:
 - unit stomatologiczny z niezbędnym osprzętem,
 - lampę polimeryzacyjną,
 - skalery i piaskarki (w zależności od zakresu świadczeń),
 - ssak, turbinę, mikrosilnik, końcówki robocze,
 - autoklaw do sterylizacji narzędzi,
 - myjkę ultradźwiękową/system dezynfekcji,
 - zestaw materiałów do wczesnego leczenia próchnicy,
 - zestaw do fluoryzacji, materiałów diagnostycznych i środków ochrony indywidualnej,
 - pojemniki na odpady medyczne i środki do dezynfekcji powierzchni.

Wskazane jest wydzielenie przestrzeni do edukacji zdrowotnej oraz miejsca zapewniającego poufność podczas rozmów z uczestnikami.

Sprzęt i materiały

W programie mogą być wykorzystywane wyłącznie:

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

Realizator musi zapewnić:

- pełny zestaw materiałów diagnostycznych i profilaktycznych,
- środki do ochrony osobistej,
- sterylizację zgodną z procedurami podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 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 rodzajów, zakresu i wzorów 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 udzielanie świadczeń stomatologicznych oraz polisę NNW odpowiednią do zakresu działań.

Wymagania wobec realizatora i personelu

Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (art. 4 i 5 ustawy o działalności leczniczej), posiadające w strukturze komórki organizacyjne uprawnione do udzielania świadczeń stomatologicznych.

Personel realizujący program obejmuje:

- lekarza dentystę - wykonującego kwalifikacje, świadczenia profilaktyczne i wczesne leczenie,
- higienistkę stomatologiczną - posiadającą kwalifikacje do świadczeń profilaktycznych,
- asystentkę stomatologiczną,
- pracownika administracyjnego prowadzącego ewidencję,
- koordynatora PPZ odpowiedzialnego za organizację, monitoring i sprawozdawczość.

Personel realizujący świadczenia medyczne musi posiadać:

- aktualne prawo wykonywania zawodu,

- minimum 3-letnie doświadczenie zawodowe,
- przeszkolenie wewnętrzne z procedur programu, bezpieczeństwa pacjenta, dekontaminacji oraz ochrony danych osobowych.

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

Bieżący monitoring programu obejmuje:

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 oceny ryzyka próchnicy (CRA),
- prawidłowości kwalifikacji do grup ryzyka (niska / umiarkowana / wysoka),
- adekwatności dobranej interwencji do poziomu ryzyka,
- jakości udzielonych świadczeń profilaktycznych i zabiegowych,
- skuteczności instruktażu higieny jamy ustnej,
- prawidłowości w dokumentowaniu 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 krótkich instruktażach higieny,
- ocen uczestników w ankietach satysfakcji.

4. Monitorowanie efektów zdrowotnych

Na podstawie danych klinicznych analizowane są zmiany:

- wartości wskaźnika PUW (redukcja liczby aktywnych zmian),
- wskaźnika OHI-S (poprawa poziomu higieny),
- poziomu ryzyka próchnicy (CRA - zmiana kategorii ryzyka),
- odsetka osób, które uzyskały poprawę w zakresie co najmniej jednego parametru klinicznego.

Zakres gromadzonych danych

Realizator prowadzi elektroniczną i papierową dokumentację obejmującą:

- datę i formę zgłoszenia do programu,
- pełne dane identyfikacyjne uczestnika z odrębną zgodą na ich przetwarzanie,
- wyniki wywiadu medycznego,
- dane kliniczne (PUW, OHI-S, CRA),
- informację o wykonanych świadczeniach profilaktycznych i leczniczych,
- zastosowane zalecenia dotyczące higieny i dalszego leczenia,
- wyniki testów wiedzy,
- ankiety satysfakcji,
- datę zakończenia udziału i przyczynę (np. rezygnacja, przeciwwskazania zdrowotne, przeprowadzka).

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 (skaling, piaskowanie, fluoryzacja),
- liczba osób objętych leczeniem wczesnym,
- liczba udzielonych instruktaży higieny jamy ustnej,
- liczba przeprowadzonych ankiet satysfakcji,
- liczba przeprowadzonych testów wiedzy (pre i post)
- liczba osób, które uzyskały $\geq 70\%$ poprawnych odpowiedzi w teście końcowym
- liczba osób biorących udział w edukacji (osobno od diagnostyki)
- liczba rezygnacji i ich przyczyny.

2. Wskaźniki rezultatu (efekty krótkoterminowe)

- odsetek osób z poprawą OHI-S o co najmniej 30%,
- odsetek osób z redukcją liczby aktywnych zmian próchnicowych,

- odsetek osób, u których uzyskano poprawę parametrów PUW,
- odsetek osób, które zmieniły kategorię ryzyka próchnicy (CRA) na niższą,
- wzrost poziomu wiedzy (różnica pre-test/post-test $\geq 25\%$),
- średnia poprawa wyniku testu wiedzy (pre/post),
- odsetek uczestników, którzy poprawili wynik co najmniej o 20 punktów procentowych,
- odsetek uczestników deklarujących zmianę zachowań zdrowotnych,
- odsetek uczestników, którzy oceniają działania edukacyjne jako „przydatne” lub „bardzo przydatne”,
- odsetek osób deklarujących poprawę zachowań higienicznych.

3. Wskaźniki oddziaływania (efekty długoterminowe)

- trwała poprawa higieny jamy ustnej (utrzymanie OHI-S po 6-12 miesiącach),
- spadek liczby nowych aktywnych zmian próchnicowych,
- redukcja liczby osób z grupy wysokiego ryzyka próchnicy (CRA wysokie $\rightarrow$ CRA umiarkowane / niskie),
- spadek odsetka osób z wysokim poziomem ryzyka próchnicy (porównanie rok 1 vs. rok 3),
- poprawa wskaźnika intensywności próchnicy (PUW) w populacji uczestników po zakończeniu programu,
- zwiększenie odsetka uczestników zgłaszających się na wizyty kontrolne co 6–12 miesięcy,
- poprawa dostępu do profilaktyki stomatologicznej w populacji dorosłych.

Ocena jakości świadczeń

Jakość oceniana będzie na podstawie:

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

Analiza przyczyn rezygnacji

Realizator monitoruje przyczyny rezygnacji uczestników:

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

Wnioski będą uwzględnione przy rekomendacjach dot. kolejnych edycji programu.

Raportowanie

Realizator przedkłada:

- raporty roczne obejmujące analizę wskaźników produktu i rezultatu, ocenę jakości świadczeń i kosztów,
- raport końcowy (do 3 miesięcy po zakończeniu programu), zawierający:
 - analizę wszystkich wskaźników,

- tabelaryczne zestawienia zmian 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 dorosłych mieszkańców gminy.

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie następujących mierników:

- odsetek pełnoletnich uczestników programu, u których wykonano pełny zakres świadczeń przewidzianych w interwencji (badanie stomatologiczne, ocena wskaźników PUW i OHI-S, kwalifikacja do grupy ryzyka próchnicy, działania edukacyjne 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 dla zębów stałych 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 (zabiegi higienizacyjne, profesjonalna fluoryzacja, ewentualne leczenie ubytków w stopniu początkowym, instruktaż higieny z korektą techniki szczotkowania);
- odsetek uczestników deklarujących po zakończeniu udziału w programie stosowanie prawidłowych technik higieny jamy ustnej (mycie zębów co najmniej dwa razy dziennie oraz stosowanie dodatkowych metod higieny, np. nitkowanie, 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 przyzębia, 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 dorosłych mieszkańców Gminy Kleszczów.

Ewaluacja jakościowa

W ramach ewaluacji zostanie przeprowadzona pogłębiona ocena jakościowa, obejmująca:

- ocenę satysfakcji uczestników 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 osób dorosłych.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Zgodnie z decyzją Gminy Kleszczów, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej u dorosłych mieszkańców w latach 2026-2028 została przeznaczona kwota 1 500 000 zł rocznie, co daje 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 chirurgicznego, protetycznego).

Pakiet nie obejmuje rozległych zabiegów specjalistycznych - program finansuje wyłącznie wczesne leczenie zachowawcze, profilaktykę i wczesną interwencję w grupach ryzyka.

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 9 000 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.

2. Koszty interwencji

Metodologia szacowania grup ryzyka

Na podstawie danych epidemiologicznych dotyczących dorosłej populacji w Polsce (badania NIZP PZH, ACFF, FDI, PTS 2022-2024) przyjęto, że w populacji osób dorosłych typowy rozkład ryzyka próchnicy przedstawia się następująco:

- ok. 25-35% - niskie ryzyko,
- ok. 35-45% - ryzyko średnie,
- ok. 20-35% - ryzyko wysokie.

Uwzględniając strukturę demograficzną Gminy Kleszczów (dominacja wieku produkcyjnego, stabilna liczebność roczników 20-49 lat, obecność grup 60+), przyjęto środkowe wartości rozkładu ryzyka oraz założono, że w skali roku z programu skorzysta ok. 1 800 osób (osobo-udziałów), co odpowiada objęciu programem znacznej części dorosłej populacji w trzyletniej perspektywie (z uwzględnieniem rotacji, nowych zameldowań i rezygnacji).

Roczna symulacja liczby uczestników w poszczególnych grupach ryzyka:

- 750 osób - niskie ryzyko próchnicy
(pełna diagnostyka, brak konieczności natychmiastowej interwencji profilaktycznej i leczniczej poza zaleceniami)
- 600 osób - ryzyko średnie

(diagnostyka + konieczność profesjonalnej profilaktyki)

- 450 osób - wysokie ryzyko próchnicy
(diagnostyka + profilaktyka + wczesne leczenie zachowawcze)

Przekłada się to na następujące roczne koszty interwencji:

- grupa niskiego ryzyka - tylko diagnostyka
koszt pakietu: 320 zł (diagnostyka) = 320 zł/osoba
 $750 \text{ osób} \times 320 \text{ zł} = 240\,000 \text{ zł}$
- grupa ryzyka średniego - diagnostyka + profilaktyka
koszt pakietu: 320 zł (diagnostyka) + 550 zł (profilaktyka) = 870 zł/osoba
 $600 \text{ osób} \times 870 \text{ zł} = 522\,000 \text{ zł}$
- grupa wysokiego ryzyka - diagnostyka + profilaktyka + leczenie wczesne
koszt pakietu: 320 zł (diagnostyka) + 550 zł (profilaktyka) + 750 zł (leczenie wczesne) = 1 620 zł/osoba
 $450 \text{ osób} \times 1\,620 \text{ zł} = 729\,000 \text{ zł}$

Łączne roczne koszty interwencji stomatologicznych:

- $240\,000 \text{ zł} + 522\,000 \text{ zł} + 729\,000 \text{ zł} = 1\,491\,000 \text{ zł}$

3. Koszty całkowite programu

Koszty roczne całkowite programu

1. Koszty organizacyjne (roczne):	9 000 zł
2. Koszty interwencji (roczne):	1 491 000 zł
3. Łączne roczne koszty realizacji programu:	1 500 000 zł

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 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

Dokumenty AOTMiT i krajowe regulacje

1. Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 42/2025 z dnia 2 października 2025 r.
2. Opinia Rady Przejrzystości nr 55/2025 z dnia 7 kwietnia 2025 r.
3. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 66/2022 z dnia 27 grudnia 2022 r.
4. Ministerstwo Zdrowia. Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026. Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, 2024.
5. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025.

Akty prawne

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. 2023 poz. 40 z późn. zm.).

Kliniczne rekomendacje i wytyczne międzynarodowe

1. Alliance for a Cavity-Free Future (ACFF). Adult Caries Management & Prevention Guidelines, 2020.
2. Alliance for a Cavity-Free Future (ACFF). Clinical Recommendations for Caries Prevention in Adults and Seniors, 2017.
3. American Dental Association (ADA). Caries Management by Risk Assessment (CAMBRA) - Adult Guideline, 2013.
4. American Dental Association (ADA). Evidence-based Clinical Practice Guidelines for Non-Invasive Caries Management, 2020.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Oral health: improving oral health and wellbeing in adults, 2015.
6. Oral Health Foundation (OHF). Adult Oral Care Recommendations, 2022.
7. World Health Organization. Global Oral Health Status Report, 2022.

Epidemiologia - Polska

1. NIZP-PZH. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej Polaków 2016-2020, Warszawa 2021.
2. Olczak-Kowalczyk D., Mielczarek A., Kaczmarek U. et al. Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia u dorosłych w Polsce. 2021.
3. Najwyższa Izba Kontroli. Dostępność do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych. Raport NIK, 2024.
4. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Rekomendacje kliniczne 2022-2024.

Piśmiennictwo naukowe

1. Zhang Y., et al. Risk factors for root caries in adults: a systematic review. Journal of Dentistry, 2019.
2. Ricketts D., et al. Operative caries management: partial vs complete caries removal. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013.
3. Wide B., et al. Acceptance and Commitment Therapy for improving oral health behaviour in young adults: randomised controlled trial. 2018.
4. Splieth C., et al. Caries treatment in adults - non-invasive and minimally invasive care pathways, 2020.
5. Chaffee B., Featherstone J. Behavioural and dietary determinants of adult caries risk, 2021.

VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej na lata 2026-2028

Data wypełnienia ankiety:

Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna Wiek:

Data wizyty:

Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Empatia w trakcie rozmowy</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Kompetentna informacja</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie 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, troska, empatia</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność zrozumiałe przekazywanie informacji</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Zapewnianie intymności</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Punktualność</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie 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 ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność zrozumiałe przekazywanie informacji</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Czas oczekiwania</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Inne uwagi

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom programu.

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ
Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej
na lata 2026-2028

Ja, niżej podpisany(a),
oświadczam, że uzyskałem(am) pełną informację dotyczącą programu i dobrowolnie wyrażam zgodę
na udział. Zostałem(am) poinformowany(a), że mogę wycofać zgodę na każdym etapie bez podawania
przyczyny.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Uczestnik programu:

Imię i nazwisko:

Data i podpis:

Oświadczenie osoby reprezentującej Realizatora:

Potwierdzam udzielenie informacji o zasadach udziału w programie.

Data, podpis i pieczęć:

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z RODO przez
..... (Realizator) wyłącznie w celu realizacji, monitorowania i ewaluacji programu.

Data i podpis uczestnika:

ORYGINAŁ / KOPIA

ZAŁĄCZNIK 3. Sprawozdanie częściowe

Sprawozdanie częściowe z realizacji programu
do umowy z dnia
za okres: -

Realizator:

Rodzaje wykonanych świadczeń

Rodzaj świadczenia	Liczba świadczeń	Liczba osób	Wydatkowane środki (zł)
Badanie			
Profilaktyka stomatologiczna			
Leczenie próchnicy			

Liczba osób przyjętych w ramach programu:

Opisowa ocena realizacji programu:

.....
.....

Data i podpis osoby sporządzającej:

Data i podpis osoby upoważnionej:

ZAŁĄCZNIK 4. Sprawozdanie końcowe

SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z REALIZACJI PROGRAMU

do umowy z dnia

za okres: -

Realizator:

Rodzaje wykonanych świadczeń

Rodzaj świadczenia	Liczba świadczeń	Liczba osób	Wydatkowane środki (zł)
Badanie			
Profilaktyka stomatologiczna			
Leczenie próchnicy			

Liczba osób przyjętych w ramach programu:

Opisowa ocena realizacji programu:

.....

.....

Data i podpis osoby sporządzającej:

Data i podpis osoby upoważnionej: