

Projekt

z dnia 24 lutego 2026 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY GRĘBOCICE**

z dnia 3 marca 2026 r.

w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki próchnicy zębów w Gminie Grębocice na lata 2026-2030”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art.18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.), art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust.1, ust. 3,4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) w związku z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1670 z późn. zm.), Rada Gminy Grębocice uchwala, co następuje:

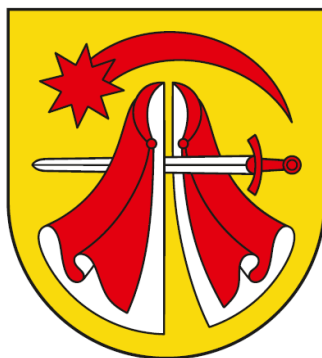
§ 1. Przyjmuje się wieloletni „Program profilaktyki próchnicy zębów w Gminie Grębocice na lata 2026-2030”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Grębocice.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy
Grębocice

Marek Pakiet



Program profilaktyki próchnicy zębów w Gminie Grębocice na lata 2026-2030

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]



Grębocice, 2026

Nazwa programu:

Program profilaktyki próchnicy zębów w Gminie Grębocice na lata 2026-2030

Okres realizacji programu: 2026-2030

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
dr hab. n. med. i n. o zdrowiu Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Zgodność Programu z Rekomendacją AOTMiT:

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

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Grębocice
ul. Głogowska 3
59-150 Grębocice
tel. (076) 8-315-501
sekretariat@grebocice.com.pl

Data opracowania programu: I kwartał 2026 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	6
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	13
1. Cel główny	13
2. Cele szczegółowe	13
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	14
1. Populacja docelowa	14
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	14
3. Planowane interwencje	15
Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej.....	15
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	19
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	19
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	20
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	20
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	20
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	21
1. Monitorowanie	21
2. Ewaluacja	22
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	23
1. Koszty jednostkowe	23
2. Planowane koszty całkowite	23
3. Źródła finansowania	25
Bibliografia	26
Załączniki	28

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Próchnica definiowana jest jako miejscowe zniszczenie tkanki zęba przez kwasy organiczne produkowane przez bakterie. Diagnostykę procesu próchnicowego opiera się na kilku połączonych wynikach badań, do których należą: obecność aktywnej bakteryjnej płytki nazębnej na powierzchni zęba, zmiana w przezierności szkliwa i jego struktury na powierzchni oraz ubytek w zębie¹. Próchnica rozwija się kiedy procesy demineralizacyjne przeważają nad remineralizacyjnymi. W etiologii tej jednostki chorobowej podkreśla się wieloetapowość – początkowo w związku z utratą związków mineralnych pojawiają się zmiany na poziomie ultrastrukturalnym, przechodzące wraz z upływem czasu w otwarte ubytki szkliwa oraz dochodzące do miazgi zęba. Za końcowe stadium próchnicy uznaje się utworzenie ubytku².

Pojawienie się próchnicy wymaga jednoczesnego występowania kilku określonych czynników etiologicznych, wśród których wymienia się³:

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

Do rozwoju próchnicy przyczynia się wiele mikroorganizmów, w tym głównie te bytujące w środowisku kwaśnym (niskie pH) i syntetyzujące kwasy organiczne, wielocukry oraz zewnątrzkomórkowe nierozpuszczalne dwucukry o dużej lepkości. Do drobnoustrojów próchnicotwórczych występujących w jamie ustnej człowieka zaliczane są Gram-dodatnie ziarenkowce (*Streptococcus mutans* i *Streptococcus sobrinus*) oraz Gram-dodatnie pałeczki (*Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Actinomyces spp.*). Za inicjowanie procesu próchnicowego odpowiada gatunek *Streptococcus mutans*, natomiast pozostałe wymienione gatunki sprzyjają pogłębianiu się ubytku⁴.

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

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

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

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

Próchnica zębów jest transmisyjną chorobą infekcyjną, uznawaną za współczesną chorobę cywilizacyjną. Wśród czynników ryzyka jej powstania u dzieci wymienia się⁵:

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

Aktualne metody stosowane w wykrywaniu próchnicy obejmują inspekcję wizualną i dotykową, radiografię oraz transiluminację. Ponadto w ciągu ostatnich 20 lat do wykrywania oraz ilościowego określania mineralnej zawartości szkliwa wprowadzono metody fluorescencji laserowej oraz indukowanej światłem, opierające się na różnicy w charakterystykach fluorescencji (utracie fluorescencji) zdemineralizowanego szkliwa z powodu rozproszenia światła w zmianie próchnicowej⁶.

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

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

Aby ocenić zaawansowanie procesu próchnicowego, najczęściej wykorzystuje się liczbę PUW/puw i ich składowe. Stan uzębienia oznacza się literami⁷:

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

Zęby stałe oznacza się dużymi literami P, U, W, a mleczne małymi – p, u, w. Liczba PUW oznacza zatem sumę zębów stałych z aktywną próchnicą, usuniętych oraz wypełnionych z powodu próchnicy, natomiast liczba puw sumę zębów mlecznych z aktywną próchnicą, usuniętych oraz wypełnionych z powodu próchnicy⁸. Badając zjawisko próchnicy pod kątem epidemiologii wskazuje się także na częstość występowania (frekwencję) próchnicy - wylicza się ją przez pomnożenie przez 100 ilorazu liczby osób dotkniętych próchnicą ($PUW/puw > 0$) oraz liczby osób badanych. Ponadto do oceny skuteczności działań terapeutycznych stosuje się wskaźnik leczenia próchnicy (DTI – *Dental Treatment Index*)⁹.

2. Dane epidemiologiczne

Choroby jamy ustnej, choć w dużej mierze można im zapobiegać, stanowią poważne obciążenie dla zdrowia w wielu krajach i dotyczą ludzi w różnym wieku, powodując ból, dyskomfort, oszpecenie, a nawet śmierć. W raporcie WHO Global Oral Health Status Report (2022)¹⁰ oszacowano, że choroby jamy ustnej dotyczą blisko 3,5 miliarda ludzi na całym świecie, a 3 na 4 dotknięte nimi osoby żyją w krajach o średnich dochodach. Szacuje się, że na całym świecie 2 miliardy ludzi

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

⁸ Ibidem.

⁹ Słowik-Gabryelska A., Stępień-Słodkowska M., Częstość występowania próchnicy u dzieci, *Prace Instytutu Kultury Fizycznej* Nr 27, nr 631, 2010, s. 107-120.

¹⁰ Global oral health status report [www.who.int]

cierpi na próchnicę zębów stałych, a 514 milionów dzieci cierpi na próchnicę zębów mlecznych¹¹.

Stan uzębienia, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, powinien być oceniany maksymalnie w populacji dzieci 5-letnich, natomiast dopuszcza się ocenę stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci 6-7-letnich w krajach, w których w tym wieku rozpoczynana jest nauka w szkole. Jednakże podkreśla się, iż w tym wieku utracone siekacze mleczne nie powinny być uznawane za usunięte, gdyż trudno jest odróżnić prawidłową eksfoliację tych zębów od zębów utraconych z powodu próchnicy lub urazu¹².

Danych dotyczących rozpowszechnienia próchnicy w populacji dzieci w Polsce dostarczają liczne raporty powstałe w ramach realizacji ogólnopolskiego programu polityki zdrowotnej pn. „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020” oraz jego poprzednich edycji¹³. Częstość występowania próchnicy zębów, niezależnie od rodzaju uzębienia ($puwz/PUWZ > 0$), zwiększa się od 41,1% w grupie dzieci w wieku 3 lat aż do 93,2% w wieku 18 lat. W odniesieniu do zębów mlecznych frekwencja próchnicy wzrasta ponad dwukrotnie w okresie 3-7 lat. Największy wzrost występowania próchnicy (prawie 2-krotny) odnotowuje się między 3 a 5 rokiem życia. Należy podkreślić, że choroba próchnicowa u najmłodszych dzieci dotyczy przede wszystkim zębów trzonowych mlecznych żuchwy oraz zębów trzonowych i siecznych szczęki. U dzieci w wieku 3 lat zębami najczęściej dotkniętym próchnicą są zęby trzonowe żuchwy (17,6% wszystkich badanych zębów z tej grupy), następnie zęby sieczne szczęki (13,2%) i zęby trzonowe szczęki (13,4%). W wieku 5 lat pojawia się także próchnica zębów stałych, występująca wyłącznie w pierwszych zębach trzonowych. W wieku 6 lat próchnica w populacji badanej występowała prawie wyłącznie w pierwszych zębach trzonowych (w szczęcie – 6,4% prawych, 7,2% lewych, w żuchwie 8,6% prawych i 9,5% lewych). U dzieci w wieku 10 lat ubytki próchnicowe występowały w szczęcie już w 33,8% pierwszych trzonowych stałych prawych i 34,4% lewych, w żuchwie odpowiednio 41,2% i 41,5%¹⁴.

¹¹ Global oral health status report [www.who.int]

¹² WHO: Oral health surveys: basic methods, 5th ed. World Health Organization. Switzerland, 2013.

¹³ Dane Ministerstwa Zdrowia [https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-jamy-ustnej].

¹⁴ Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia populacji polskiej. Podsumowanie wyników badań z lat 2016-2019, (red) D. Olczyk-Kowalczyk, Sekcja Druków Uczelnianych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2021.

Wartości wskaźnika leczenia zachowawczego zębów mlecznych wskazują na zdecydowanie niewystarczające zaspokojenie potrzeb leczniczych. W odniesieniu do zębów mlecznych odsetek zaspokojonych potrzeb w zakresie leczenia zachowawczego waha się od 7% u dzieci w wieku 3 lat do 31% w wieku 10 lat. Odsetki zaspokojonych potrzeb leczenia zębów stałych są zbliżone do odsetków zaspokojenia potrzeb leczenia próchnicy zębów mlecznych w okresie uzębienia mieszanego. W okresie uzębienia stałego są wyższe i wahają się od 41% u osób 12-letnich do 69% u 18-letnich. Podobnie jak w przypadku zaspokojenia potrzeb w zakresie leczenia zachowawczego próchnicy zębów dalece niewystraszająca jest realizacja procedury uszczelniania bruzd na powierzchniach żujących pierwszych zębów trzonowych stałych. W wieku 7 lat co najmniej jeden ząb pierwszy trzonowy stały z lakiem szczelinowym stwierdzono zaledwie u 18,7% dzieci¹⁵.

W województwie małopolskim w latach 2016-2018 badaniem objęto łącznie 1 178 osób w grupach wiekowych 3, 5, 6, 7, 10, 12, 15 i 18 lat, obojga płci, mieszkających w rejonach miejskich i wiejskich. W województwie częstość występowania próchnicy zębów, niezależnie od rodzaju uzębienia ($puwz/PUWZ > 0$), zwiększa się od 66% w grupie dzieci w wieku 3 lat aż do 96% w wieku 18 lat. W odniesieniu do zębów mlecznych frekwencja próchnicy wzrasta blisko 1,5-krotnie w okresie 3-7 lat. Największy wzrost występowania próchnicy odnotowuje się między 3 a 6 rokiem życia – wzrost o 26,1%. Między 5 a 6 rokiem życia, zaledwie w ciągu roku, częstość próchnicy zębów mlecznych wzrasta aż o 17,5%. W grupie dzieci z uzębieniem mieszanym, ząb stały z ubytkiem próchnicowym wymagającym leczenia ma trzy czwarte dzieci. W wieku 10 lat odsetek ten wynosi 78,4%. W uzębieniu stałym odsetki osób z co najmniej jednym zębem z ubytkiem próchnicowym wymagającym leczenia wzrasta z 58,2% w wieku 12 lat do 93% w wieku 15 lat i zmniejsza się w wieku 18 lat (38,4%). W grupie dzieci 6- i 7-letnich odnotowano 7-krotny wzrost utraty co najmniej jednego zęba mlecznego z powodu powikłań nieleczonej próchnicy. Ząb stały utraciło z powodu nieleczonej próchnicy 6,1% 18-latków. Wartości wskaźnika leczenia zachowawczego zębów mlecznych wskazują na zdecydowanie niewystarczające zaspokojenie potrzeb leczniczych w województwie. Zaspokojenie potrzeb leczniczych w zakresie leczenia zachowawczego (WL) wynosiło od 0,04 u dzieci w wieku 3 lat do 0,23 w wieku 10 lat.

¹⁵ Ibidem.

Oznacza to, że tylko 23% zębów mlecznych z ubytkami próchnicowymi zostało wypełnionych u dzieci w wieku 10 lat. Wartości wskaźnika leczenia zachowawczego zębów stałych są wyższe i wahają się od 0,53 u osób 12-letnich do 0,76 u 18-letnich. W wieku 7 lat co najmniej jeden ząb pierwszy trzonowy stały z lakiem szczelinowym stwierdzono zaledwie u 16,8% dzieci (przy wartości dla kraju ok. 18,7%).

3. Opis obecnego postępowania

Leczenie stomatologiczne stanowi jeden z zakresów świadczeń gwarantowanych przysługujących pacjentom na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 31 ust. 3 ww. ustawy dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia (obok kobiet w ciąży i w okresie połogu) mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń w porównaniu do pozostałych pacjentów¹⁶. Wykaz świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Zgodnie z ww. aktem prawnym dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przysługują świadczenia ogólnostomatologiczne, natomiast dzieciom i młodzieży do ukończenia 19 roku życia – profilaktyczne świadczenia stomatologiczne. W pierwszej wymienionej grupie znajduje się m.in.¹⁷:

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

¹⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.].

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 615].

- usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów (maksymalnie raz na 6 miesięcy).

W drugiej grupie świadczeń (profilaktyka stomatologiczna) znajdują się działania profilaktyczne prowadzone w określonych grupach wiekowych: 6, 9 i 12 miesiąc życia oraz 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 16 i 19 rok życia. Przykładowo, w odniesieniu do dzieci 7-letnich jest to¹⁸:

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

W związku ze skalą populacyjną problemu próchnicy Ministerstwo Zdrowia realizowało w ostatniej dekadzie program polityki zdrowotnej pn. „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020”. Program stanowił kontynuację działań zainicjowanych w poprzednich okresach i opierał się na badaniach epidemiologicznych i socjomedycznych określonych grup wiekowych populacji. Wśród celów głównych wskazywano ocenę stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych, a także badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stan zdrowia stwierdzony w badaniach stomatologicznych¹⁹.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Próchnica stanowi istotny problem zdrowotny w populacji dzieci i młodzieży, co odzwierciedlają bardzo niepokojące wskaźniki epidemiologiczne opisane w części dotyczącej epidemiologii. Przewidziane w programie badanie stomatologiczne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej jest świadczeniem gwarantowanym, jednakże

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Dane Ministerstwa Zdrowia. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020 [dokument elektroniczny: www.mz.gov.pl].

w związku z dużym rozpowszechnieniem problemu próchnicy zębów wśród dzieci realizacja wskazanych interwencji jest zasadna i będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń istniejących. Wszystkie wymienione w projekcie programu działania są zgodne z zaleceniami oraz rekomendacjami w zakresie profilaktyki stomatologicznej. Uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do ww. świadczeń spotka się z pozytywnym odbiorem społecznym i będzie istotnym wsparciem finansowym dla beneficjentów programu.

Dodatkowo należy podkreślić, że na niewystarczające działania w zakresie edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, a w szczególności brak odpowiednich programów profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia wskazuje Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Instytucja ta również zwraca uwagę na niewystarczający dostęp do profilaktycznych świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych. NIK w swoim raporcie wskazuje, iż nieodzownym w walce z problemem próchnicy jest zaangażowanie m.in. jednostek samorządów terytorialnych, czego wyrazem jest zaplanowany przez Gminę Grębocice program polityki zdrowotnej²⁰.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030r.²¹: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026²²: Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;

²⁰ Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, KZD-4101-04/2012, Nr ewid. 131/2013/P/12/124/K.

²¹ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

²² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642 z późn. zm.].

3. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²³: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031²⁴: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.1. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa;
5. Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026²⁵ - 2.1. Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

²³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit.

²⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

²⁵ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej, określonej jako poprawa wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, u co najmniej 20% dzieci i młodzieży biorącej udział w programie

2. Cele szczegółowe

- 1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki próchnicy, wśród co najmniej 70% uczestników działań edukacyjnych
- 2) Zmniejszenie o 2 p.p w skali roku odsetka dzieci i młodzieży z próchnicą w porównaniu do odsetka uzyskiwanego w latach przed wprowadzenia PPZ

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Tab. I. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności (%)
Główny	Odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie dzieci i młodzieży. (Iloraz liczby osób z poprawą stanu zdrowia jamy ustnej w stosunku do liczby wszystkich uczestników)
Szczegółowy 1	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki próchnicy względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test. (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)
Szczegółowy 2	Odsetek dzieci i młodzieży z próchnicą, które w danym roku prowadzenia PPZ wzięły udział w interwencji profilaktycznej, w porównaniu do odsetka dzieci i młodzieży z próchnicą w roku poprzednim.

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do populacji dzieci w wieku 7-15 lat, uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Grębocice. Zgodnie z danymi GUS²⁶ populacja ta liczy ok. 560 osób. Działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej planuje się objąć corocznie ok. 120 dzieci z populacji docelowej oraz ok. 120 osób, będących rodzicami małoletnich beneficjentów programu. Badaniem stomatologicznym w ramach wizyty kwalifikacyjnej zostaną objęte wszystkie ww. dzieci (ok. 120 rocznie). Działaniem w ramach profilaktyki stomatologicznej zostaną objęte dzieci, które nie znajdują się pod stałą opieką stomatologa w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Szacuje się, że będzie to ok. 70% ww. populacji tj. rocznie ok. 80 dzieci. Oszacowania populacji docelowej dokonano z uwzględnieniem możliwości finansowych Gminy Grębocice.

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

1) Działania informacyjno-edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- wiek 7-15 lat
- uczęszczanie do szkoły podstawowej na terenie Gminy Grębocice lub pozostawanie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka uczęszczającego do szkoły podstawowej na terenie Gminy Grębocice
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Grębocice

b) Kryteria wyłączenia: brak

2) Wizyta kwalifikacyjna

a) Kryteria włączenia:

- wiek 7-15 lat
- uczęszczanie do szkoły podstawowej na terenie Gminy Grębocice
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Grębocice

²⁶ Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl [dostęp: 06.02.2026 r.].

b) Kryteria wyłączenia:

- osoby, które skorzystały w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanych ze środków publicznych
- znajdowanie się pod stałą opieką stomatologa w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych
- indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w interwencji

3) Świadczenia profilaktyki stomatologicznej

Kryteria włączenia:

- spełnianie kryteriów włączenia do wizyty kwalifikacyjnej
- czynniki ryzyka próchnicy w wywiadzie (nadmiernie spożywanie żywności bogatej w cukry, niska częstotliwość szczotkowania zębów, niska częstotliwość wizyt kontrolnych, rzadkie użytkowanie past i płukanek zawierających fluor)

Kryteria wyłączenia:

- osoby, które skorzystały w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanych ze środków publicznych
- znajdowanie się pod stałą opieką stomatologa w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych
- indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w interwencji

4) Wizyta kontrolna

Kryteria włączenia:

- uczestnictwo w świadczeniach profilaktyki stomatologicznej w programie

Kryteria wyłączenia: brak

3. Planowane interwencje

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 42/2025 z dnia 2 października 2025 r.²⁷, według których w trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich, w zakresie interwencji „świadczenia profilaktyki stomatologicznej” zdecydowano o włączeniu do programu zabiegów lakowania.

²⁷ Rekomendacja nr 42/2025 z dnia 2 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży, bip.aotm.gov.pl.

Zabiegów lakierowania i fluoryzacji nie zaplanowano z uwagi na ograniczone zasoby finansowe.

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Urzędem Gminy Grębocice oraz placówkami POZ, AOS, placówkami oświatowymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Grębocice (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora w złożonej ofercie.

1) Działania informacyjno-edukacyjne

- informacje na temat programu oraz działań edukacyjnych powinny być przekazywane za pośrednictwem mediów społecznościowych oraz innych dostępnych środków masowego przekazu (opcjonalnym jest przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych nakierowanych na próchnicę w populacji dzieci),
- personel medyczny powinien przekazywać rodzicom/opiekunom prawnym pacjentów informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim podczas udzielania świadczeń,
- formę i czas prowadzenia ww. działań należy dostosować do miejsca i wieku uczestników,
- kampania edukacyjno-informacyjna nakierowana na podniesienie świadomości populacji ogólnej nt.:
 - korzyści płynące z kontrolnych wizyt stomatologicznych: wizyta w gabinecie stomatologicznym w ciągu sześciu miesięcy od wyrżnięcia się pierwszego zęba i nie później niż w wieku 12 miesięcy w celu przeprowadzenia oceny ryzyka próchnicy, edukacji rodziców i poradnictwa zapobiegającego próchnicy, kluczowym elementem zapobiegania próchnicy są systematyczne przeglądy stanu uzębienia u dzieci i młodzieży do 18 r. ż., konieczne jest instruowanie, a nawet prezentacja opiekunom dzieci odpowiedniej ilości pasty do zębów nakładanej na szczoteczkę,

- produkty i środki higieny jamy ustnej jakie należy stosować u dzieci w celu zahamowania rozwoju próchnicy: stosowanie pasty z fluorem oraz płynów do płukania jamy ustnej lub żelów, właściwe techniki szczotkowania, wprowadzenie płukanek, żeli i pianek fluorkowych dopiero po ukończeniu 6. roku życia racjonalne maksymalne codzienne spożycie fluoru pochodzącego z żywności i wody pitnej,
- skutki zdrowotne nieleczonej próchnicy u dzieci i młodzieży: pogorszenie stanu zdrowia jamy ustnej u pacjentów w wieku rozwojowym, przyczyna dolegliwości bólowych, przedwczesna utrata zębów, wady zgryzu, zaburzenia funkcji żucia, zaburzenia wymowy, rozwój chorób ogólnoustrojowych,
- korzyści płynące z profilaktyki stomatologicznej już od najmłodszych lat życia dziecka: ograniczenie wpływu i rozwoju bakterii próchnicotwórczych oraz wspomaganie remineralizacji już uszkodzonych zębów, rozmowy motywacyjne z rodzicami poprawiają zachowania zdrowotne dzieci,
- należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji,
- w przypadku kiedy dostępne są gotowe materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności je wykorzystać;

2) Wizyta kwalifikacyjna

- wywiad i badanie stomatologiczne w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia próchnicy (nadmiernie spożywanie żywności bogatej w cukry, późny wiek rozpoczęcia szczotkowania zębów, niska częstotliwość szczotkowania zębów, niska częstotliwość wizyt kontrolnych, rzadkie używanie past i płukanek zawierających fluor),
- początkowa ocena stanu uzębienia dziecka dokonana w oparciu o wskaźniki PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych,
- edukacja zdrowotna dziecka – zaprezentowanie poprawnych technik szczotkowania zębów, przekazanie informacji o sposobach utrzymania dobrego stanu zdrowia jamy ustnej, poinformowanie o prozdrowotnych nawykach higienicznych i żywieniowych w profilaktyce próchnicy, wraz

z badaniem poziomu wiedzy dziecka przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 5),

- szkolenie dla rodzica/opiekuna prawnego dziecka - szkolenie w zakresie technik prawidłowego szczotkowania zębów oraz dbania o higienę jamy ustnej (powinno realizować następującą tematykę związaną z próchnicą: korzyści płynące z kontrolnych wizyt stomatologicznych, produkty i środki higieny jamy ustnej jakie należy stosować u dzieci w celu zahamowania rozwoju próchnicy, skutki zdrowotne nieleczonej próchnicy u dzieci i młodzieży, korzyści płynące z profilaktyki stomatologicznej już od najmłodszych lat życia dziecka),
- badanie jakości udzielonych świadczeń - ankieta satysfakcji pacjenta skierowana do rodziców (wzór – załącznik 4),
- zakwalifikowanie dziecka do profilaktyki stomatologicznej (zgodnie z kryteriami włączenia do tej interwencji),
- zalecenie rodzicom/opiekunom prawnym podjęcia leczenia stomatologicznego u dziecka wraz ze wskazaniem konkretnych podmiotów leczniczych, do których mogą się w tym celu zgłosić;

3) Świadczenia profilaktyki stomatologicznej

- zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd zębów trzonowych u dzieci, które nie miały dotychczas wykonywanego zabiegu, oraz u dzieci, u których doszło do częściowej/całkowitej utraty laku,
- zaleca się, aby rodzice/opiekunowie prawni towarzyszyli dzieciom zakwalifikowanym do zabiegów profilaktyki stomatologicznej;

4) Wizyta kontrolna

- przegląd stomatologiczny po 3-4 miesiącach od wykonania świadczeń profilaktyki stomatologicznej,
- końcowa ocena stanu uzębienia dziecka dokonana w oparciu o wskaźniki PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1) oraz karty oceny wskaźników puw/PUW (załącznik 2).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także zgodne z Rekomendacją nr 42/2025 z dnia 2 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży²⁸.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku przeprowadzania stomatologicznych działań profilaktycznych należy unikać podwójnego finansowania świadczeń w ramach programu, co uwzględniono w programie w kryteriach wyłączenia.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku dzieci i młodzieży, u których podczas wizyty kwalifikacyjnej nie zostanie potwierdzona przynależność do grup ryzyka ich udział w programie kończy się po przeprowadzonym przeglądzie stomatologicznym, otrzymaniu materiałów edukacyjnych i wypełnieniu post-testu,
- zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ na każdym jego etapie;
- zakończenie realizacji PPZ.

²⁸ Rekomendacja nr 42/2025 z dnia 2 października 2025 r.... op. cit.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2026);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności programu z właściwą rekomendacją oraz zaopiniowanie programu przez Wojewodę Dolnośląskiego (I kwartał 2026)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (I kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030);
 - realizacja działań informacyjno-edukacyjnych
 - realizacja wizyt kwalifikacyjnych
 - realizacja świadczeń profilaktyki stomatologicznej
 - realizacja wizyt kontrolnych
 - bieżące monitorowanie;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2030);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2030);
- 9) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2031).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Grębocice. Podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, musi spełniać następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności leczniczej, wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2024 r. poz. 1491 z późn. zm.],

- zapewnienie realizowania działań informacyjno-edukacyjnych przez lekarza dentystę, higienistkę/asystentkę stomatologiczną, edukatora zdrowotnego, profilaktyka zdrowia lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego wiedzę w zakresie profilaktyki próchnicy,
- zapewnienie realizacji wizyt kwalifikacyjnych i kontrolnych przez lekarza dentystę (optymalnie lekarz stomatolog specjalista stomatologii dziecięcej lub lekarz rezydent w trakcie specjalizacji ze stomatologii dziecięcej lub lekarz dentysta z tytułem dr n. med. w dziedzinie stomatologii dziecięcej,
- zapewnienie realizacji profilaktycznych świadczeń stomatologicznych, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 615],
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 3). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie
- liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych (ogółem, z grupy dzieci i młodzieży, z grupy rodziców)
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie kwalifikacyjnej

- liczba osób, którym wykonano profilaktyczne zabiegi stomatologiczne
- liczba osób, u których stwierdzono próchnice
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie kontrolnej
- liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 4)
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie dzieci i młodzieży
- odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki próchnicy względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test
- odsetek dzieci i młodzieży z próchnicą, które w danym roku prowadzenia PPZ wzięły udział w interwencji profilaktycznej, w porównaniu do odsetka dzieci i młodzieży z próchnicą w roku poprzednim

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli III przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej. Dla oszacowania budżetu przyjęto, że profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi zostanie objętych ok. 70% dzieci uczestniczących w wizytach kwalifikacyjnych, u których zostanie wykonany zabieg lakowania 10 zębów. Założenie to przyjęto na podstawie uprzednio realizowanych działań w ramach profilaktyki stomatologicznej w Gminie Grębocice. W praktyce zabiegi te będą realizowane według indywidualnych wskazań, a program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu.

Tab. II. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ.

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Wizyta kwalifikacyjna	30,00
2. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne – lakowanie 1 zęba	30,00
3. Wizyta kontrolna	30,00

2. Planowane koszty całkowite

W tabelach III i IV przedstawiono całkowite koszty Programu.

Tab. III. Szacunkowe koszty całkowite programu w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Wizyta kwalifikacyjna	600	osoba	30,00	18 000,00
2. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne – lakowanie 10 zębów	400	osoba	300,00	120 000,00
3. Wizyta kontrolna	400	osoba	30,00	12 000,00
Całkowite koszty programu				150 000,00

Tab. IV. Szacunkowe koszty programu w latach 2026-2030 w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Wizyta kwalifikacyjna	120	osoba	30,00	3 600,00
2. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne	80	osoba	300,00	24 000,00
3. Wizyta kontrolna	80	osoba	30,00	2 400,00
Całkowite koszty programu w roku 2026				30 000,00
1. Wizyta kwalifikacyjna	60	osoba	150,00	3 600,00
2. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne	42	osoba	370,00	24 000,00
3. Wizyta kontrolna	42	osoba	125,00	2 400,00
Całkowite koszty programu w roku 2027				30 000,00
1. Wizyta kwalifikacyjna	60	osoba	150,00	3 600,00
2. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne	42	osoba	370,00	24 000,00
3. Wizyta kontrolna	42	osoba	125,00	2 400,00
Całkowite koszty programu w roku 2028				30 000,00
1. Wizyta kwalifikacyjna	60	osoba	150,00	3 600,00
2. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne	42	osoba	370,00	24 000,00
3. Wizyta kontrolna	42	osoba	125,00	2 400,00
Całkowite koszty programu w roku 2029				30 000,00
1. Wizyta kwalifikacyjna	60	osoba	150,00	3 600,00
2. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne	42	osoba	370,00	24 000,00
3. Wizyta kontrolna	42	osoba	125,00	2 400,00
Całkowite koszty programu w roku 2030				30 000,00
Całkowite koszty programu w latach 2026-2030				150 000,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Grębocice. Działania informacyjne realizowane będą bez dodatkowych kosztów tj. w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Grębocice oraz w ramach współpracy z realizatorem, placówkami POZ/AOS oraz placówkami oświatowymi na terenie Gminy.

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 150 000 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Grębocice, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródła finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Grębocice. Gmina w latach 2026-2030 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego i/lub Dolnośląski Oddział 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. 2025 poz. 1461 z późn zm.] 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. 2017 poz. 9], a także dofinansowanie z innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl [dostęp: 06.02.2026 r.].
2. Broadbentcorresponding J.M., Thomson W.M., For debate: problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis, *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Dec; 33(6): 400–409.
3. Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia populacji polskiej. Podsumowanie wyników badań z lat 2016-2019, (red) D. Olczyk-Kowalczyk, Sekcja Druków Uczelnianych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2021.
4. Dane Ministerstwa Zdrowia [https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-jamy-ustnej].
5. Dane Ministerstwa Zdrowia. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020 [dokument elektroniczny: www.mz.gov.pl].
6. Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, KZD-4101-04/2012, Nr ewid. 131/2013/P/12/124/K.
7. Fejerskov O. i Kidd E.: Próchnica zębów. Choroba próchnicowa i postępowanie kliniczne, Urban&Partner, Wrocław 2006; 103-113.
8. Global oral health status report [www.who.int]
9. Manton D., Drummond B., Kilpatrick N.: Próchnica zębów, W: A.C. Cameron, R.P. Widmer (red): Stomatologia dziecięca. Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 39-52.
10. Marsh PD, Martin M. Mikrobiologia jamy ustnej, PWN, Warszawa 1994.
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
12. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]
13. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].
14. Rekomendacja nr 42/2025 z dnia 2 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży, bip.aotm.gov.pl.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 615].
16. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
17. Shu M, Wong L, Miller JH, Sissons CH: Development of multi-species consortia biofilms of oral bacteria as an enamel and root caries model system. *Arch Oral Biol.* 2000; 45:27-40.
18. Słowik-Gabryelska A., Stępień-Słodkowska M., Częstość występowania próchnicy u dzieci, *Prace Instytutu Kultury Fizycznej* Nr 27, nr 631, 2010, s. 107-120.

19. Szymaniak E. Etiologia próchnicy. (w:) Jańczak (red.), Stomatologia Zachowawcza. Zarys Kliniczny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1995, 157-177.
20. Turska-Szybka A., Grudziąż-Sękowska J., Olczak-Kowalczyk D.: Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa i indywidualna ocena poziomu ryzyka na podstawie CAMBRA, Nowa Stomatologia 3/2011, s. 119-127.
21. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].
22. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.].
23. WHO: Oral health surveys: basic methods, 5th ed. World Health Organization. Switzerland, 2013.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów w Gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Tel. kontaktowy	
Adres e-mail	

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

II. Zgody pacjenta

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny ze wzorem stosowanym przez realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
(data i podpis uczestnika programu)

III. Wizyta kwalifikacyjna

Data udzielenia świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
1. Edukacja zdrowotna dziecka	Wynik pre-testu: _____ Wynik post-testu: _____ Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w post-teście (ponad 75 % poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie
2. Szkolenie dla rodzica	☐ tak ☐ nie
3. Wskaźnik puw (zgodnie z załącznikiem 2)	
4. Wskaźnik PUW (zgodnie z załącznikiem 2)	
5. Próchnica	☐ tak ☐ nie
6. Kwalifikacja do świadczeń profilaktyki stomatologicznej	☐ tak ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

IV. Świadczenia profilaktyki stomatologicznej

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Liczba zalakowanych zębów

.....

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

V. Wizyta kontrolna

Data udzielenia świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
1. Wskaźnik puw (zgodnie z załącznikiem 2)	
2. Wskaźnik PUW (zgodnie z załącznikiem 2)	
Zmiana pozytywna w zakresie wskaźnika puw	☐ tak ☐ nie
Zmiana pozytywna w zakresie wskaźnika PUW	☐ tak ☐ nie

.....

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

Załącznik 2

Ocena wskaźników puw/PUW w PPZ pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów w Gminie Grębocice na lata 2026-2030”

Lp.	imię i nazwisko	numer identyfikacyjny uczestnika	wiek (w latach)	Data badania	Wskaźnik puw				Wskaźnik PUW				Liczba zalakowanych zębów
					p	u	w	puw	P	U	W	PUW	
1													
2													
3													
4													
5													

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów w Gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjno-edukacyjnej	
Monitoring	
liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie	
liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych ogółem	
liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych – dzieci/młodzież	
liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych – rodzice	
liczba osób, które wzięły udział w wizycie kwalifikacyjnej	
liczba osób, którym wykonano profilaktyczne zabiegi stomatologiczne	
liczba osób, u których stwierdzono próchnicę	
liczba osób, które wzięły udział w wizycie kontrolnej	
liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn	
Wyniki ankiety satysfakcji*	
Ewaluacja	
odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie dzieci i młodzieży	
odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki próchnicy względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test	
odsetek dzieci i młodzieży z próchnicą, które w danym roku prowadzenia PPZ wzięły udział w interwencji profilaktycznej, w porównaniu do odsetka dzieci i młodzieży z próchnicą w roku poprzednim	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 – bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - przeciętnie, 4 - źle, 5 - bardzo źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Id: 531443AB-A2FA-4C00-89F7-06A3E84AFA2C. Projekt

Test wiedzy dla uczestnika PPZ pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów w Gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

1. Który z poniższych nawyków najbardziej sprzyja rozwojowi próchnicy?

- A) Picie wody po posiłku
- B) Żucie bezcukrowej gumy
- C) Podjadanie słodyczy między posiłkami
- D) Mycie zębów dwa razy dziennie

2. Jak często należy szczotkować zęby, aby skutecznie zapobiegać próchnicy?

- A) Tylko raz dziennie – przed snem
- B) Po każdym posiłku
- C) Minimum dwa razy dziennie – rano i wieczorem
- D) Co godzinę

3. Jak długo powinno trwać szczotkowanie zębów u dzieci?

- A) Około 30 sekund
- B) Minimum 2 minuty
- C) 5 minut
- D) Do momentu uczucia świeżości

4. Jaki składnik pasty do zębów ma kluczowe znaczenie w profilaktyce próchnicy?

- A) Cynk
- B) Wapń
- C) Fluor
- D) Magnez

5. Czym jest lakowanie zębów?

- A) Wybielaniem zębów u dzieci
- B) Leczeniem kanałowym
- C) Uszczelnieniem bruzd zębów trzonowych specjalnym preparatem
- D) Wypełnianiem ubytków po próchnicy