

AKCEPTUJĘ

.....

data, oznaczenie¹⁾ oraz podpis
osoby

zatwierdzającej program polityki
zdrowotnej do realizacji oraz
wskazanie
podstawy akceptacji, jeżeli
dotyczy

Program polityki zdrowotnej pn. Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.]

Wrocław miasto spotkań

Wrocław, 2025

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej pn. Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych

Okres realizacji programu: program wieloletni, realizowany w edycjach rocznych

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 młodzieży.

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej stanowi kontynuację wieloletnich działań miasta Wrocławia w obszarze profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

Dane kontaktowe:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

Urzędu Miejskiego Wrocławia

Wrocław 50-320, ul. G. Zapolskiej 4

tel. /71/ 777 77 60

wzd@um.wroc.pl

Data opracowania programu: IV kwartał 2025 r.

Spis treści

1	Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1.1	Opis problemu zdrowotnego	4
1.2	Dane epidemiologiczne	10
1.3	Opis obecnego postępowania	14
1.4	Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	16
2	Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji ...	21
2.1	Cel główny	21
2.2	Cele szczegółowe	21
2.3	Mierniki efektywności	21
3	Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji	22
3.1	Populacja docelowa	22
3.2	Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ	23
3.3	Planowane interwencje	24
3.5	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ	27
3.6	Sposób zakończenia udziału w PPZ	27
4	Organizacja programu polityki zdrowotnej	28
4.1	Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	28
4.2	Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	28
5	Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	29
5.1	Monitorowanie	29
5.2	Ewaluacja	30
6	Budżet programu polityki zdrowotnej	31
6.1	Koszty jednostkowe	31
6.2	Koszty całkowite	31
7	Źródła finansowania	32
8	Bibliografia	32
9	Załączniki	34
9.1	Ankieta satysfakcji pacjenta	34

1. OPIS CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1.1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Próchnica zębów jest chorobą infekcyjną wywołaną głównie przez bakterie kwasotwórcze, tj. wytwarzające z dietetycznych cukrów kwasy. Tworzą one na zębach miękki osad, zwany płytką bakteryjną lub płytką nazębną.

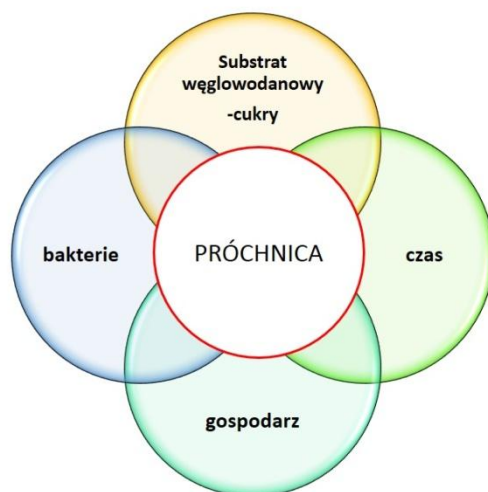
Pożywką dla bakterii są węglowodany (cukry), które dostarczane są do organizmu wraz z pożywieniem. Bakterie próchnicotwórcze rozkładają cukry do kwasów, które rozpuszczają twarde tkanki zęba – szkliwo i zębinę, w procesie demineralizacji powodującym utratę substancji mineralnej tych tkanek.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje próchnicę jako proces patologiczny miejscowy, pochodzenia zewnątrzustrojowego, prowadzący do odwapnienia szkliwa, rozpadu twardych tkanek zęba i w konsekwencji powstania ubytku.

Rozwój choroby próchnicowej uwarunkowany jest współwystępowaniem czterech czynników, którymi są:

- płytka nazębna, płytka bakteryjna – biofilm (miękki osad na zębach) umiejscowiona na powierzchni zębów,
- dietetyczne węglowodany ulegające fermentacji do kwasów (cukry),
- podatność gospodarza (zęb, ślina, dostarczanie fluoru),
- czas działania powyższych czynników.

Ryc. 1 Koncepcja rozwoju próchnicy wg Newbruna (1978)



Istotną rolę w etiologii próchnicy odgrywa płytka bakteryjna zwana również płytką nazębną. Nagromadzone duże jej ilości dostrzegalne wizualnie na powierzchniach wargowych siekaczy mlecznych zębów są zapowiedzią szybkiego rozwoju próchnicy.

Jest ona mikrobiologiczną błoną – biofilmem, stanowiącą wspólnotę drobnoustrojów przyczepionych do powierzchni zęba.²

W skład tej struktury wchodzi komórki bakterii, zarówno żywe, jak i martwe, otoczone syntetyzowanymi przez nie zewnątrzkomórkowymi wielocukrami oraz glikoproteinami śliny. Powstawanie biofilmu rozpoczyna się już w kilka minut po dokładnym mechanicznym oczyszczeniu zębów.³

Bakterie płytki nazębnej uznawane za próchnicotwórcze, muszą produkować kwasy na drodze fermentacji cukrów, dobrze tolerować kwaśne środowisko i tworzyć zewnątrzkomórkowe wielocukry.

Spośród ponad 700 gatunków mikroorganizmów zasiedlających jamę ustną inicjatorami próchnicy są bakterie *Streptococcus mutans* i *Streptococcus sobrinus*.

Spożycie ulegających fermentacji węglowodanów (potraw bogatych w sacharozę i

² Kaczmarek U, Krzyściak W: Mikrobiom jamy ustnej. W: Współczesna stomatologia wieku rozwojowego pod red. D. Olczak-Kowalczyk, J. Szczepańska, U. Kaczmarek, MedTour Press International, Warszawa 2017, 83-96.

³ Wójtowicz A., Malm A. Mikrobiologiczne podłoże próchnicy w aspekcie jej profilaktyki. Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej z Pracownią Diagnostyki Mikrobiologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Mikrobiologia Tom , nr 5, 2009.

przetworzoną skrobię, która rozkłada się w jamie ustnej do cukrów prostych) powoduje wytworzenie kwasów prowadzących do spadku pH w jamie ustnej. Jeżeli obniżenie to osiąga wartość pH poniżej 5,5 wówczas powoduje demineralizację (rozpuszczanie) substancji mineralnej szkliwa.

Próchnicotwórcze węglowodany ulegające fermentacji (tzw. cukry) to:

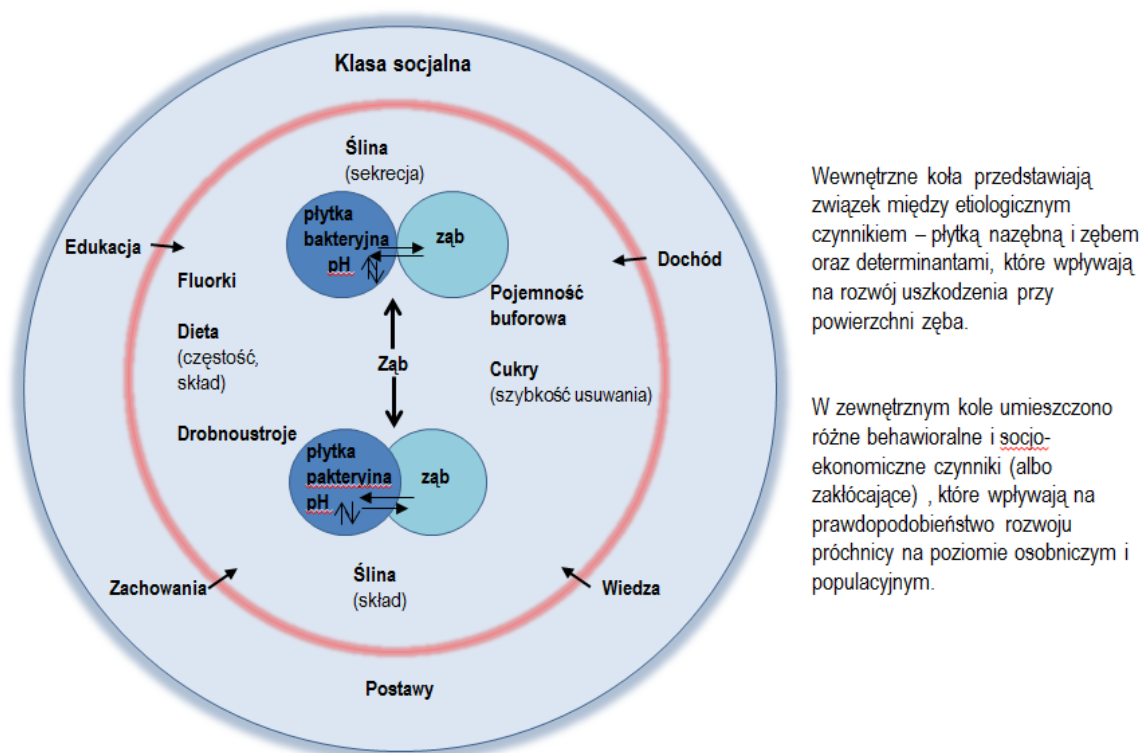
- sacharoza (słodycze, cukier z cukierniczki),
- przetworzona skrobia występująca, np. w krakersach, chipsach ziemniaczanych.

Podczas działania kwasów na szkliwo zębów, zawarty w nim hydroksyapatyt ulega rozpuszczeniu uwalniając jony wapnia i fosforanowe, które przedostają się do płytki i śliny. Jeżeli nie nastąpi kolejne spożycie cukru, to pH powraca do normy a jony wapnia i fosforanowe wracają do szkliwa; następuje to w wyniku rozcieńczania, neutralizacji i buforowania kwasów przez ślinę. Proces ten trwa ok. od 30 do 60 min. i prowadzi do następnej remineralizacji. Ulega on przyspieszeniu, gdy w ślinie występują jony fluorkowe dostarczane do środowiska jamy ustnej głównie za pośrednictwem stosowania fluorkowych past do zębów. Jeśli epizody demineralizacji przewyższają epizody remineralizacji, dochodzi „netto” do utraty minerału zęba i dotychczas fizjologiczny proces demineralizacyjno-remineralizacyjny staje się procesem patologicznym i rozwija się zmiana próchnicowa.⁴

Oprócz czterech głównych czynników etiologicznych próchnicy występuje również wiele innych, które mogą modulować przebieg procesu próchnicowego. Czynniki te ilustruje model etiologiczny próchnicy uwzględniający czynniki determinujące i zakłócające jej rozwój.

⁴ E. Kidd: Essentials of dental caries. The disease and its management. 3rd ed. Oxford University Press 2005.

Ryc. 2 Model próchnicy oparty na czynnikach determinujących i zakłócających Fejerskova i Manji (1990), Fejerskova (2003)



Przebieg choroby próchnicowej zależy od zachowania równowagi pomiędzy czynnikami zewnętrznymi a czynnikami gospodarza takimi jak:

- wiek
- morfologia zęba
- podaż fluorków
- odżywianie
- higiena jamy ustnej
- ślina – ilość i skład

Na ryzyko rozwoju próchnicy wpływają: pochodzenie społeczne i środowisko pacjenta, ogólny stan zdrowia pacjenta, występowanie płytki bakteryjnej, występowanie i aktywność próchnicy, parametry śliny, nawyki żywieniowe i higieniczne oraz dostarczanie związków fluoru do środowiska jamy ustnej.⁵

⁵ E. Kidd: Essentials of dental caries. The disease and its management. 3rd ed. Oxford University Press 2005.

Na podstawie systematycznego przeglądu piśmiennictwa Harris i wsp. wyodrębnili 6 grup czynników, których znaczenie w rozwoju choroby próchnicowej było analizowane przez różnych autorów. Są to:

- socjodemograficzne: płeć męska dziecka, dochód rodziny, bezrobocie, poziom wykształcenia rodziców, wielodzietność, pochodzenie etniczne, zawód rodziców, miejsce zamieszkania, wiek rodziców,
- dietetyczne: długi okres karmienia piersią, spożywanie cukru w niemowlęctwie, jedzenie lub picie przed spaniem lub w nocy, częste spożywanie słodczy,
- higieniczne: wiek w którym rozpoczęto szczotkowanie zębów, częstość szczotkowania zębów, używanie past z fluorem, brak oczyszczania zębów przed snem,
- związane z karmieniem piersią/butelką: rodzaj karmienia, długość karmienia, karmienie w nocy, karmienie na żądanie,
- związane z flora bakteryjną: obecność bakterii *Streptococcus mutans*, obecność *Lactobacillus acidophilus* i ich liczebność oraz transmisja bakterii próchnicotwórczych z matki na dziecko,
- inne: zła higiena jamy ustnej matki, niezadowalający stan uzębienia matki, wiek w którym dziecko po raz pierwszy było badane przez stomatologa, korzystanie matki z leczenia stomatologicznego, niewielkie dostarczanie fluorków do środowiska jamy ustnej, ssanie smoczka powyżej 24 miesiąca życia.⁶

Z wielu badań wynika, że wczesna kolonizacja jamy ustnej przez bakterie *Streptococcus mutans* jest głównym czynnikiem ryzyka wczesnego rozwoju próchnicy zębów mlecznych i przyszłej próchnicy zębów stałych, a zasiedlenie jamy ustnej w pierwszym roku życia przez paciorkowce próchnicotwórcze jest dobrym prediktorem rozwoju próchnicy w późniejszych etapach życia.

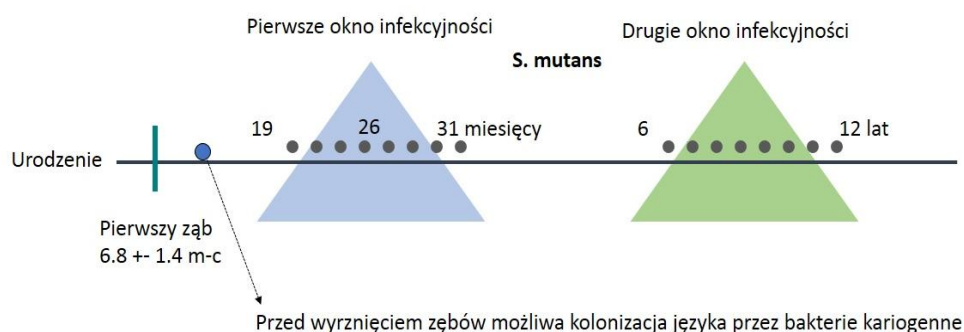
Próchnica wczesnego dzieciństwa występuje u dzieci przed ukończeniem 6 roku życia (tj. do 71 miesiąca życia). Może pojawić się wkrótce po wyrżnięciu

⁶ Turska-Szybka A., Grudziąż-Sękowska J., Olczak-Kowalczyk D. Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa i indywidualna ocena poziomu ryzyka na podstawie CAMBRA. Zakład Stomatologii Dziecięcej Instytutu Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Nowa Stomatologia 3/2011.

zębów mlecznych. Cechuje ją gwałtowny przebieg doprowadzający w krótkim czasie do znacznej utraty struktury korony zęba, a w dalszej konsekwencji do chorób miazgi i tkanek okołowierzchołkowych.

Bakterie próchnicotwórcze przenoszone są za pośrednictwem śliny do jamy ustnej dziecka od innych osób, głównie matki. Zakażenie następuje w sposób nieciągły, tj. w pewnym okresie życia występuje największe ryzyko infekcji. Taki okres nazywa się „oknem infekcyjności”.

Ryc. 3 Okna infekcyjności ⁷



Pierwsze okno infekcyjności występuje między 19. a 31. miesiącem życia, średnio w wieku 26 miesięcy. Zamyka się ono po wyrznięciu wszystkich zębów mlecznych. Stabilne pokrycie powierzchni zębów biofilmem płytki bakteryjnej umożliwia ustalenie poziomu bakterii *Streptococcus mutans*.

Drugie okno infekcyjności występuje u dzieci dotychczas niezainfekowanych w okresie wymiany uzębienia, tj. w wieku 6-12 lat.

Głównym źródłem zakażenia są rodzice nieprzestrzegający zasad higieny, którzy wykonują często naganne czynności jak oblizywanie smoczków, łyżeczek itp. Ponadto z wielu doniesień wynika również, że nie tylko przedłużone karmienie butelką, ale również przedłużone karmienie piersią, a zwłaszcza w nocy lub na

⁷ https://pedodoncja.wum.edu.pl/.../etiologia_i_epidemiologia_choroby_prochnicowej_

żądanie istotnie wpływa na rozwój próchnicy.

Tworzenie się ubytków próchnicowych przebiega według ściśle określonej sekwencji zmian. Proces ten rozpoczyna się od niewielkiej zmiany demineralizacyjnej bez ubytku tkanek, która może doprowadzić do znacznej destrukcji tkanek zęba, a w konsekwencji do jego utraty.

Zęby w sposób ciągły poddawane są procesom demineralizacji i remineralizacji, na które wpływają nawyki dietetyczne i higieniczne. Jeśli procesy demineralizacji przeważają, trwają dłużej niż procesy remineralizacji, powstaje pierwsza wizualnie dostrzegalna zmiana próchnicowa w postaci białej plamy nazywana także próchnicą początkową.

Należy podkreślić, że próchnica początkowa - bezubytkowa jest jedynym odwracalnym stadium rozwoju próchnicy, w którym postępowanie terapeutyczne jest proste – sprowadza się do redukcji spożycia cukrów, eliminacji płytki nazębnej i miejscowej aplikacji preparatów fluorkowych.

Jednakże nieleczona ulega progresji, powstaje nieodwracalna utrata struktury zęba – ubytek, który wymaga leczenia operacyjnego (tj. usunięcia zmienionych chorobowo twardych tkanek i zastąpienia ich materiałem odtwórczym). W dalszej konsekwencji nielezione ubytki mogą prowadzić do silnego bólu, szerzenia się infekcji, trudności w żuciu, braku przybywania na wadze, ryzyka próchnicy w zębach stałych, wad zgryzu, zaburzonego rozwoju mowy, obniżonej samooceny i jakości życia z powodu upośledzonej estetyki.

Ponadto mogą stwarzać możliwość rozwoju niektórych chorób systemowych i utrudnienia leczenia niektórych istniejących chorób ogólnych, np. zaburzenia odżywiania, stany gorączkowe, bakteryjne zapalenia wsierdza, ropnie narządowe, zapalenia kości i szpiku, zakrzepica tętnicy mózgu a nawet posocznicy.

Zatem ze względu na konsekwencje próchnicy zębów nie tylko miejscowe ale i ogólnoustrojowe należy jak najwcześniej podjąć działania prewencyjne, pamiętając jednocześnie, iż chorobie próchnicowej należy zapobiegać przez całe życie osobnicze.

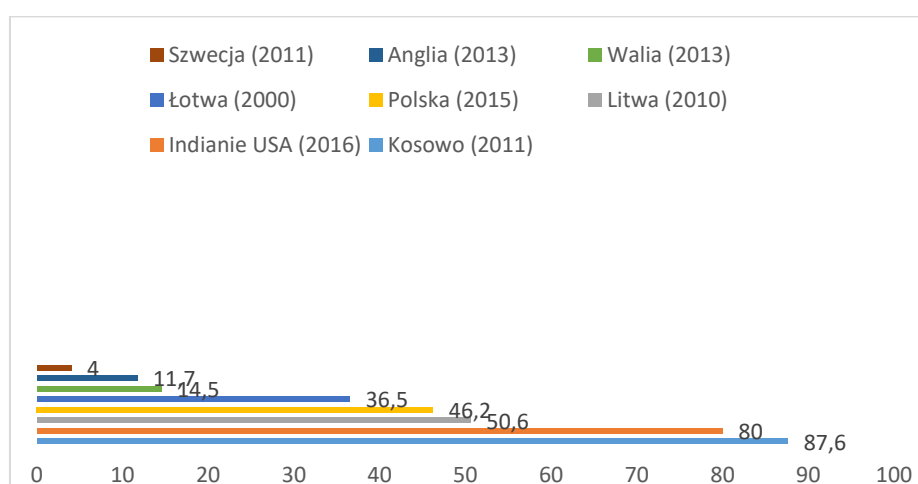
1.2. DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Próchnica jest najczęściej występującą chorobą przewlekłą na świecie gdyż dotyka 80% populacji.

Jako choroba cywilizacyjna dotyczy zarówno dzieci jak i dorosłych. Pomimo dużego dostępu do świadczeń stomatologicznych i edukacji zdrowotnej coraz wyższej świadomości zagrożenia chorobą, w Polsce bagatelizowane są przez rodziców działania profilaktyczne oraz leczenie zębów mlecznych.

Analizę porównawczą częstość występowania choroby próchnicowej u dzieci w wieku 3 lat (tj. wkrótce po wyrznięciu wszystkich zębów mlecznych) w wybranych krajach przedstawiono na ryc. 4.

Ryc. 4 Częstość występowania próchnicy wczesnego dzieciństwa u dzieci w wieku 3 lat (%).⁸



Prowadzone w Polsce od 1997 roku badania epidemiologiczne i socjomedyczne,

⁸ OralHealth Database. Oral Health Country/Area Profile Project. WHO Collaborating Centre for Education, Training and Research in Oral Health. <http://www.mah.se/CAPP/>; Bankel M, Eriksson UC, Robertson A, Köhler B.: Caries and associated factors in a group of Swedish children 2- 3 years of age. Swed Dent J. 2006;30(4):137-46. PMID: 17243441; Šačić L, Marković N, ArslanagićMurtbegović A, Zukanović A, Kobašlija S: The prevalence and severity of early childhood caries in preschool children in the Federation of Bosnia and Herzegovina. Acta Med Academ 2016, , 45, 1: 19-25. DOI: 10.5644/ama2006-124.152

Warren JJ, Blanchette D, Dawson DV, Marshall TA, Phipps KR, Starr D, Drake DR: Factors associated with dental caries in a group of American Indian children at age 36 months. Community Dent Oral Epidemiol. 2016 Apr;44(2):154-61.;Slabsinskiene E, Milciuviene S, Narbutaite J, Vasiliauskiene I, Andruskeviciene V, Bendoraitiene EA, Saldūnaite K: Severe early childhood caries and behavioral risk factors among 3-year-old children in Lithuania. Medicina (Kaunas). 2010;46(2):135-41. PMID: 20440088

Bezgati A, Mega K, Siegenthaler D, Berisha M, Mautsch W: Dental health evaluation of children in Kosovo. Eur J Dent 2011, 5, 32-39. PMID: 21228954 PMCID: PMC3019749

które obejmowały różne grupy wiekowe dowodzą, iż próchnica zębów dotyka:

- 46,2% dzieci wieku 3 lat (2015)
- 76,9% dzieci w wieku 5 lat (2016)
- 89,1% dzieci w wieku 7 lat (2016)
- 85,4% dzieci w wieku 12 lat (2016)
- 94,0% młodzieży w wieku 15 lat (2015)
- 93,9% młodzieży w wieku 18 lat (2014)
- 99,9% dorosłych w wieku 35-44 lata (2010)

Ponadto, aż 43,9% osób w wieku 65-74 lat jest bezzębnych.⁹

Z najnowszego raportu Ipsos wynika, że aż 80% dzieci pomiędzy 6. a 12. rokiem życia ma próchnicę zębów, a między 5. a 9. rokiem życia jeszcze więcej (84%).

Raport ten został przygotowany na podstawie analizy wyników bezpłatnych badań dentystycznych pt. "Chrońmy Dziecięce Uśmiechy", który był przeprowadzony od września do listopada 2013 roku. Podczas zbierania danych zostało przebadanych 5805 dzieci w pięciu województwach: opolskim, warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim, podkarpackim oraz lubelskim.

Wyniki te są bardzo zbliżone do danych z badań monitoringowych stanu zdrowotnego jamy ustnej prowadzonych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Zgodnie z nim 80% dzieci w wieku szkolnym ma chorobę próchnicową i średnio 3-4 zęby zaatakowane próchnicą, przy czym 40% dzieci posiada wypełnienia w zębach stałych.

Z raportu Ipsos wynika również, że próchnicę zębów częściej stwierdza się u chłopców (82%) niż u dziewczynek (78%) oraz częściej w wiejskim regonie zamieszkania (88%) niż miejskim (79%).

Ponadto raport wykazał, że blisko jedna piąta (18%) dzieci w wieku szkolnym oraz ok. 1/3 dzieci w wieku 5-9 lat w ogóle nie zgłasza się do stomatologa. Tymczasem próchnica występuje częściej właśnie u tych dzieci, które nie chodzą do stomatologa.

Badania socjomedyczne przeprowadzone w ramach ogólnopolskich badań monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej wykazują, iż :

⁹ Badania prowadzone w ramach programu Ministerstwa Zdrowia „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w latach 2010-16.

- 50% dzieci codziennie spożywa słodyczne,
- 61,5 % dzieci w wieku 3 lat nigdy nie było dotąd u stomatologa,
- 37 % dzieci w wieku 3 lat ma oczyszczane zęby 2 razy dziennie.

Wczesny etap rozwoju próchnicy, tzw. próchnica początkowa, może być zatrzymany i odwrócony pod warunkiem zmniejszenia wpływu czynników przyczynowych.

Udowodniono, że przestrzeganie kariostatycznych zasad dietetycznych i higienicznych oraz korzystanie z porad specjalistów (stomatolog, higienistka stomatologiczna) i ich wdrażanie może istotnie zredukować ryzyko próchnicy.

Z powodu próchnicy zębów cierpi aż 95% dorosłych Polaków, a tylko połowa ma wszystkie zęby. Ponadto tylko co 10 osoba w kraju regularnie stosuje pasty do zębów oraz inne akcesoria do higieny jamy ustnej.

W porównaniu ze stanem uzębienia równolatków w państwach Europy Zachodniej i Południowej, występowanie próchnicy wśród polskich dzieci jest wysokie. Wynika to głównie ze znacznie większych nakładów finansowych państw Europy Zachodniej na opiekę stomatologiczną i programy profilaktyczne. Raport Europejskiej Platformy dla lepszego zdrowia jamy ustnej w Europie wskazuje na znaczne różnice w odsetkach globalnego dochodu narodowej przeznaczanych na zdrowie jamy ustnej populacji (np. Włochy – 0,82%, Niemcy – 0,8%, Szwedzi – 0,68%, Łotwa – 0,24%, Polska 0,2%, Litwa – 0,19%).¹⁰

W latach 2008–2009 Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia we współpracy z Uniwersytetem Medycznym, Katedrą i Zakładem Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej oraz gabinetami stomatologicznymi, wybranymi w drodze konkursu ofert, realizował, program pt. **„Poprawa jakości opieki stomatologicznej dla uczniów wrocławskich szkół podstawowych”**.

Oceniono wówczas stan zdrowotny jamy ustnej 18 319 uczniów z 73 wrocławskich szkół podstawowych. Stwierdzono niewypełnione ubytki próchnicowe u 86% badanych uczniów, 14% uczniów miało zęby nie wymagające leczenia, w tym 9% zęby z wypełnionymi wszystkimi ubytkami próchnicowymi a 5% zęby zdrowe bez

¹⁰ Patel R: The state of oral health in Europe. Report Comissioned by the Platform for better Oral Health in Europe. 2012 <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>

próchnicy.

Zdiagnozowaną u uczniów próchnicę zębów, określono wg następujących zmian:

- **plama** próchnicowa– (próchnica początkowa, bezubytkowa, można zatrzymać progresję związkami fluoru, np. lakierowaniem), występowała u **12,11%** badanych,
- **ubytek w obrębie szkliwa** – (występuje minimalny ubytek szkliwa, konieczne jest leczenie inwazyjne przy użyciu narzędzi rotacyjnych), występowała u **36,27%** badanych,
- **ubytek w obrębie zębiny** – próchnica średnio zaawansowana, konieczne leczenie inwazyjne przy użyciu narzędzi rotacyjnych, występowała u **60,99%** badanych,
- **ubytek sięgająca miazgi** – próchnica zaawansowana, głęboka, konieczne leczenie kanałowe (zab z nieodwracalnym zapaleniem miazgi lub martwą miazgą) lub usunięcie zęba, występowała u **31,68%** badanych.

Wyniki badań stomatologicznych uczniów wrocławskich szkół podstawowych, stanowiły podstawę do przygotowania i realizacji kolejnych działań z zakresu profilaktyki próchnicy zębów prowadzonych we Wrocławskich Szkołach Rodzenia, przedszkolach i szkołach podstawowych.

1.3. OPIS OBECNEGO POSTĘPOWANIA

Kluczową metodą zapobiegania próchnicy zębów wśród dzieci są działania informacyjno-edukacyjne skierowane nie tylko do samych dzieci ale także ich rodziców. Podstawowe działania powinny koncentrować się na nauczaniu dzieci poprawnych technik szczotkowania zębów oraz zachęcaniu rodziców do kontroli nad procesem mycia zębów. Dowody naukowe wskazują także na korzystny wpływ profilaktycznych zabiegów stomatologicznych, głównie w formie lakierowania oraz lakowania zębów w zmniejszeniu ryzyka wystąpienia próchnicy zębów oraz powstrzymania rozwoju już aktywnych zmian. Ponadto niektóre dowody naukowe oraz rekomendacje wskazują także na zasadność realizacji w populacji pediatrycznej badań przesiewowych ukierunkowanych na próchnice – oparte o wizualną ocenę stanu uzębienia i zdrowia jamy ustnej. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. 2021 poz. 2148 z późn. zm.), świadczenia

ogólnostomatologiczne oraz profilaktyczne dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż. mogą być realizowane w trzech różnych miejscach: gabinecie stomatologicznym, dentobusie oraz w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole. Wśród świadczeń ogólnostomatologicznych gwarantowanych znajdują się:

- badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej – świadczenie jest udzielane raz w roku kalendarzowym;
- badanie lekarskie kontrolne – świadczenie jest udzielane 3 razy w roku kalendarzowym;
- konsultacja specjalistyczna – świadczenie obejmuje badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego;
- leczenie próchnicy powierzchniowej – świadczenie obejmuje również leczenie próchnicy początkowej;
- usunięcie złogów nazębnych z ½ łuku zębowego – świadczenie jest udzielane raz w roku kalendarzowym w obrębie całego uzębienia;
- wizyta adaptacyjna – dotyczy pierwszych wizyt małych dzieci – świadczenie jest udzielane bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi. Świadczenie dotyczy pierwszej wizyty dzieci do ukończenia 6 r.ż.;
- lakierowanie zębów ¼ łuku zębowego – świadczenie dotyczy wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż raz na kwartał – za każdą ¼ łuku zębowego;
- impregnacja zębiny – świadczenie dotyczy impregnacji zębiny zębów mlecznych;
- kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa – świadczenie dotyczy zębów stałych.¹¹

Zadania realizowane w programie polityki zdrowotnej rozszerzają zakres świadczeń stomatologicznych finansowanych przez NFZ i będzie to:

- higienizacja;
- fluoryzacja;
- lakierowanie zębów;

¹¹ Rekomendacja nr 42/2025 Prezesa AOTMiT z 2 października 2025r.

- lakowanie zębów.

1.4. UZASADNIENIE POTRZEBY WDROŻENIA PROGRAMU.

Zdrowie jamy ustnej ma ogromny wpływ na ogólny stan zdrowia zarówno w wymiarze fizycznym, psychicznym jak i społecznym. Tymczasem w Polsce próchnica zębów dotyczy niemal całego społeczeństwa (frekwencja próchnicy w wieku 35-44 lata wynosi 99,9%), a szczególnie szybko rozwija się u dzieci i młodzieży.

Nieleczona choroba próchnicowa w krótkim czasie prowadzi do destrukcji części koronowej zęba, pulpopatii i zmian zapalnych w tkankach okołowierzchołkowych, bólu oraz do poważnych problemów zdrowotnych ogólnoustrojowych. Jest przyczyną absencji w szkole, niskiej samooceny, niskiej jakości życia, a w skrajnych przypadkach nawet może prowadzić nawet do śmierci.

U dzieci procesem próchnicowym objęte są głównie zęby stałe trzonowe, a zwłaszcza pierwsze trzonowe. Próchnica pojawia się najczęściej w krótkim czasie po wyrżnięciu.

Badania wykazały, że początek erupcji pierwszych zębów trzonowych stałych u dziewczynek waha się od 5 lat 3 miesięcy do 7 lat i 8 miesięcy (średnio 6,1 lat), a u chłopców od 5 lat 2 miesięcy do 7 lat 10 miesięcy (średnio 6,3 lat). Natomiast czas trwania wyrzynania wynosi średnio u dziewczynek 15,3 miesięcy (wahając się od 5 do 32 miesięcy), a u chłopców 15,4 miesięcy (wahając się od 7 do 28 miesięcy). Natomiast przeciętnie czas wyrzynania drugich zębów trzonowych u dziewczynek wynosi 27,1 miesięcy (12-44 mies.) i rozpoczyna się w przedziale wieku od 8 lat 11 miesięcy do 14 lat 4 miesięcy (średnio w wieku 11,3 lat), a u chłopców od 9 lat 11 miesięcy do 13 lat 11 miesięcy, średnio 12 lat.

Rozwojowi próchnicy w tych zębach sprzyja obecność głębokich bruzd na powierzchni żującej i długi czas wyrzynania zębów. Wyrzynający się ząb akumuluje więcej płytki niż ząb w pełni wyrżnięty, gdy podczas okluzji z zębem przeciwnym część płytki jest usuwana mechanicznie w następstwie tego kontaktu.

Dodatkowo powierzchnia żująca w czasie wyrzynania zęba jest położona poniżej powierzchni żującej sąsiadującego zęba mlecznego drugiego trzonowego i jest narażona na nieefektywne oczyszczanie. Przy obecności kariogennego biofilmu u

dziecka z próchnicą zębów mlecznych, powierzchnia wyrzynającego się zęba stałego jest zasiedlana przez próchnicotwórcze bakterie płytki nazębnej. Czas wyrzynania poszczególnych zębów wykazuje znaczne różnicowanie, tj. od pojawienia się części korony zęba w jamie ustnej do jego pełnego wyrznięcia z osiągnięciem kontaktu z zębem przeciwnym.

Długi okres wyrzynania zębów stałych pierwszych jest zatem istotnym czynnikiem wczesnego rozwoju próchnicy w zębach trzonowych.

Dlatego zaleca się badanie pacjenta w odstępach 4-miesięcznych od momentu zauważenia obrzmienia dziąsła w miejscu przyszłego zęba, wdrażając jednocześnie działania prewencyjne.

W badaniach duńskich wykazano, iż wcześniejsze lub późniejsze wyrznięcie pierwszych trzonowych zębów stałych jest związane z odpowiednio wcześniejszym lub późniejszym wyrzynaniem zębów stałych drugich trzonowych.¹²

Celem Światowej Organizacji Zdrowia rekomendowanym do osiągnięcia jest m.in. zmniejszenie we wszystkich krajach europejskich odsetka dzieci 6-letnich bez próchnicy do 80% oraz liczby zębów objętych próchnicą u 12-latków do 1,5 zęba.

Cel ten został zaakceptowany przez najważniejsze organizacje zajmujące się problematyką zdrowia publicznego jamy ustnej: Międzynarodowe Towarzystwo Badań Stomatologicznych (IADR), Międzynarodową Federację Dentystyczną (FDI), Europejską Federację Wydziałów Stomatologii Uniwersytetów Medycznych (ADEE), Radę Głównych Stomatologów Krajów Europejskich (CECDO), Międzynarodowe Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (IAPD) oraz Europejskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej (EADPH).

Zasadnicze znaczenie w walce z próchnicą ma właściwie prowadzona profilaktyka, która powinna być wielokierunkowa, skierowana do różnych grup wiekowych, szczególnie dzieci, młodzieży i ich rodziców.

Systematyczne stosowanie różnych metod profilaktycznych przynosi bardzo dobre rezultaty. Czynniki, takie jak poprawa nawyków higienicznych, zmiana zwyczajów żywieniowych, edukacja prozdrowotna oraz wcześnie podejmowane działania lecznicze i profilaktyczne zredukują rozwój i progresję próchnicy.

¹² Ekstrand KR, Christiansen J, Christiansen ME: Time and duration of eruption of first and second permanent molars: a longitudinal investigation. Community Dent Oral Epidemiol. 2003; 31(5): 344-50.

Istotnym elementem promocji zdrowia są regularne wizyty kontrolne u stomatologa. Wczesne wykrycie bezubytkowych zmian próchnicowych pozwoli na odwrócenie lub zatrzymanie procesu demineralizacji szkliwa i zapobiegnie postępowi zmiany.

Ponadto należy wziąć pod uwagę również skutki ekonomiczne. Wpływ złego stanu jamy ustnej musi być rozpatrywany nie tylko na poziomie indywidualnym, lecz także na poziomie populacji: 5-10% środków finansowych przeznaczonych na leczenie pacjentów jest wydawane na leczenie próchnicy.

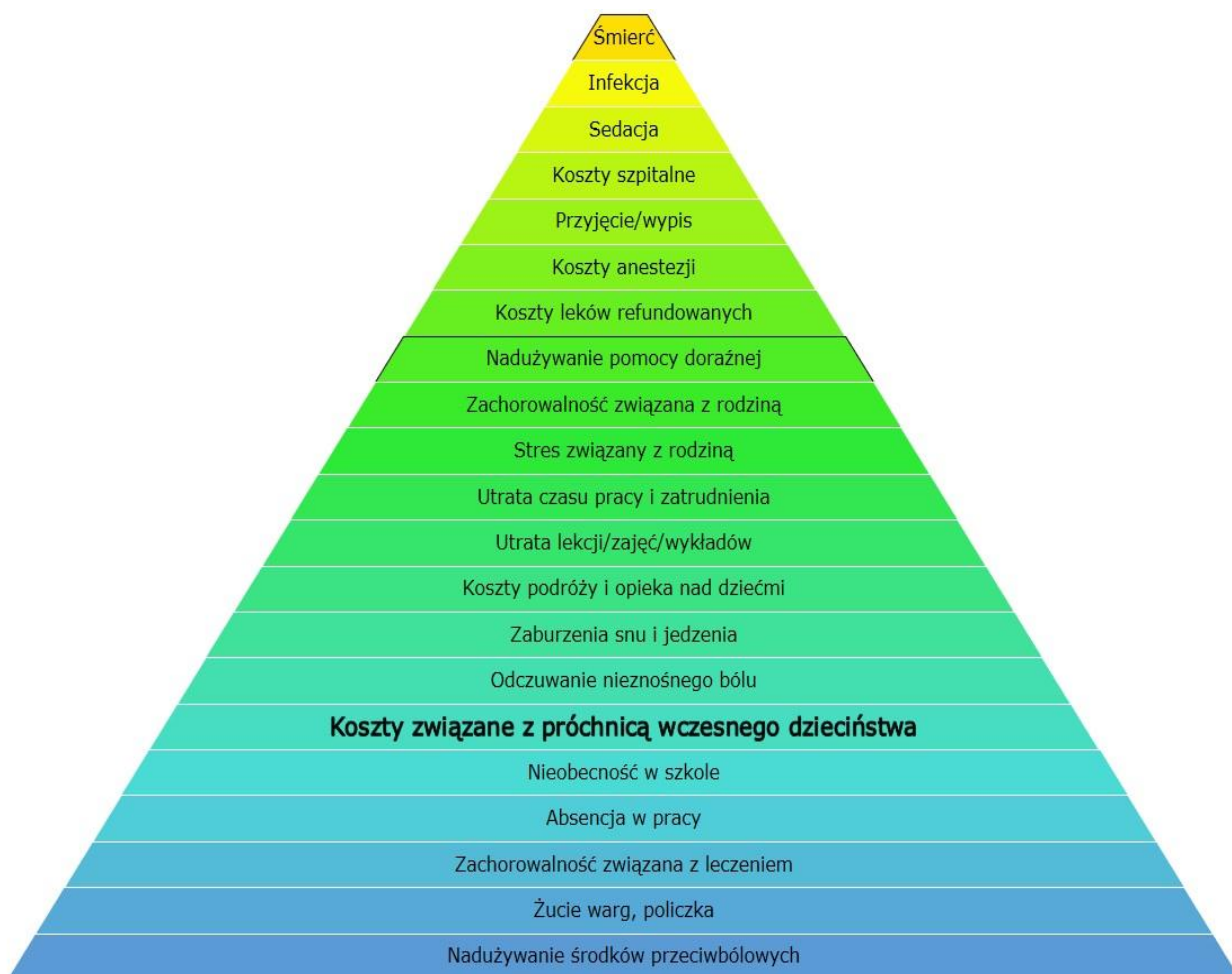
Opóźnianie wdrożenia działań zapobiegawczych i leczenia skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia jamy ustnej w istotny sposób i zwiększa koszty zarówno w aspekcie finansowym, społecznym jak i indywidualnym.

Zaawansowane zmiany próchnicowe wymagają leczenia bardziej kompleksowego, droższego i bardziej traumatycznego, takiego jak zabiegi chirurgiczne, leczenie kanałowe, ekstrakcja w znieczuleniu ogólnym lub hospitalizacja. Ponadto zły stan jamy ustnej w dzieciństwie często utrzymuje się w życiu dorosłym, wpływając negatywnie na jakość życia.

Koszty społeczne, ekonomiczne i zdrowotne próchnicy wczesnego dzieciństwa wg Casamassimo prezentuje zamieszczona poniżej rycina.¹³

Ryc. 4 Koszty społeczne, ekonomiczne i zdrowotne próchnicy wczesnego dzieciństwa wg Casamassimo et al.

¹³ Częstość występowania choroby próchnicowej u dzieci do 5. roku życia w wybranych krajach na świecie w oparciu o dane WHO. <http://www.czytelniamedyczna.pl/3758,rola-lekarzy-niestomatologow-w-zapobieganiu-prochnicy-wczesnego-dziecinstwa.html> 27-04-2016



Program polityki zdrowotnej pn. **Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych**, ma na celu ułatwienie uczniom dostępu do podstawowej opieki stomatologicznej.

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

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.¹⁴: 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:

¹⁴ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].

- 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. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026¹⁵: 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;
 3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031¹⁶: 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;
 4. Krajowy plan transformacji na lata 2022-2026 – obszar czynniki ryzyka i profilaktyka;
 5. Wojewódzki plan transformacji dla województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026¹⁷ - 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;
 6. Strategia Wrocław 2030¹⁸: Priorytet 5. Zdrowi i aktywni mieszkańcy;
 7. Założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026: Priorytet taktyczny 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, 1.3.

¹⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

¹⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy... op. cit.

¹⁷ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026.

¹⁸ Strategia Wrocław 2030, Załącznik do uchwały nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 15 lutego 2018 r.

Przeciwdziałanie wybranym chorobom cywilizacyjnym

W programie uwzględniono dodatkową ocenę stanu zdrowotnego jamy ustnej, zabiegi lakowania zębów, fluoryzację oraz lakierowanie zębów. Uwzględnione w programie procedury pomogą w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej uczniów wrocławskich szkół podstawowych oraz poprawią jakość opieki stomatologicznej.

2. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

2.1. CEL GŁÓWNY

Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej, określonej jako poprawa wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, u 35 % dzieci i młodzieży biorącej udział w programie.

2.2. CELE SZCZEGÓŁOWE

1.1.1 Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki próchnicy, wśród 70 % uczestników działań edukacyjnych.

1.1.2 Zmniejszenie o 5 p.p** w skali roku odsetka dzieci i młodzieży z próchnicą w porównaniu do odsetka uzyskiwanego w latach sprzed wprowadzenia PPZ

2.3. MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI

Cel	Miernik
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. Wynik wyrażony w procentach)
2.2.1.	Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* 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. Wynik wyrażony w procentach) * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
2.2.2.	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.

3. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI

3.1. POPULACJA DOCELOWA

Liczba mieszkańców Wrocławia na dzień 31 grudnia 2025 r. – 564 608 osób

Liczba dzieci w wieku 7-15 lat – 55 619 osób.

Liczba dzieci w wieku do 6 lat - 34 801 osób

(Dane: WSO UM Wrocławia).

Szacuje się, że w roku szkolnym 2025/2026 uczniów szkół podstawowych będzie około 60 000.

Programem średniorocznie objętych będzie 5500-6000 uczniów oraz ich

rodzice/opiekunowie prawni. Oszacowania populacji dokonano z uwzględnieniem danych epidemiologicznych oraz możliwości finansowych miasta Wrocławia.

W przypadku zwiększenia kwoty budżetu przeznaczonej na realizację ppz w kolejnych latach będzie zwiększana liczba uczniów objętych programem.

Interwencja	Opis populacji docelowej
Edukacja	Skierowana do populacji dzieci i młodzieży do 6 r.ż. do 15 r.ż.* oraz rodziców/opiekunów prawnych.
Stomatologiczne działania profilaktyczne	W zakresie wizyty kwalifikacyjnej obejmuje populację dzieci i młodzieży od 6 r.ż. do 15 r.ż.* natomiast profilaktyczne zabiegi- populację z grup ryzyka.

3.2. KRYTERIA KWALIFIKACJI DO PPZ ORAZ KRYTERIA WYŁĄCZENIA Z PPZ

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Edukacja	- populacja dzieci i młodzieży szkół podstawowych - rodzice/opiekunowie prawni	Pisemny sprzeciw rodziców/opiekunów dziecka brak
Stomatologiczne działania profilaktyczne	- dzieci i młodzież od 6 r.ż. do 15 r.ż.*- wizyta kwalifikacyjna - dzieci i młodzież od 6 r.ż. do 15 r.ż.* z potwierdzonymi podczas wizyty kwalifikacyjnej czynnikami ryzyka- zabiegi profilaktyki stomatologicznej	osoby które skorzystały w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z tego typu interwencji finansowanych ze środków publicznych. Nie dotyczy dzieci, które kontynuują udział w działaniach z

	oraz wizyta kontrolna	zakresu profilaktyki próchnicy zębów na podstawie wcześniejszej zgody rodziców • korzystanie przez dziecko z tych samych świadczeń w ramach opieki stomatologicznej finansowanej przez NFZ • Indywidualne przeciwwskazania lekarskie do udziału w interwencji
--	-----------------------	--

*do czasu ukończenia przez dziecko szkoły podstawowej.

3.3. PLANOWANE INTERWENCJE

Program składać się będzie z części organizacyjnej, edukacyjnej i profilaktycznej

1) Część organizacyjna

Realizator Programu polityki zdrowotnej:

- prowadzi promocję programu polityki zdrowotnej,
- organizuje spotkania z rodzicami, gronem pedagogicznym, uczniami,
- uzyskuje pisemną zgodę rodzica/opiekuna prawnego ucznia na korzystanie dziecka ze stomatologicznych działań profilaktycznych w ramach programu (uzyskana zgoda obowiązuje do czasu zakończenia nauki w szkole podstawowej). Nie dotyczy dzieci, które kontynuują udział w programie.
- rejestruje dziecko na wizytę w szkolnym gabinecie dentystycznym (telefonicznie, osobiście),
- prowadzi dokumentację z realizacji zadań programu.

2) Edukacja

- forma oraz zakres tematyczny działań edukacyjnych jest dostosowany do wieku uczestników;

- warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła zajęcia edukacyjne, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu;
- podstawowe działania edukacyjne koncentrują się na m.in. na nauczaniu dzieci poprawnych technik szczotkowania zębów, informowaniu o czynnikach ryzyka rozwoju próchnicy oraz zachęcaniu rodziców do sprawowania kontroli nad procesem mycia zębów;
- istotne jest informowanie rodziców o korzyściach płynących z dostarczania dziecku odpowiedniej ilości fluoru, chociażby w formie fluoryzowanych past do mycia zębów;
- podczas działań edukacyjnych należy zwrócić uwagę na aspekt dotyczący odpowiednio zbilansowanej diety, która zapobiega powstawaniu nowych zmian próchnicowych, redukuje ogólne ryzyko próchnicy oraz wspiera dezaktywację występującej próchnicy;
- działania edukacyjne mają również obejmować rodziców dzieci, które biorą udział w programie. Podczas szkolenia należy podkreślić konieczność sprawowania przez rodziców nadzoru nad procesem szczotkowania i płukania zębów przez dziecko;
- działania edukacyjno-informacyjne powinny być nakierowane na podniesienie wiedzy populacji docelowej nt. próchnicy oraz poruszać m.in. tematy:
 1. korzyści płynące z kontrolnych wizyt stomatologicznych;
 2. produkty i środki higieny jamy ustnej jakie należy stosować u dzieci w celu zahamowania rozwoju próchnicy;
 3. skutki zdrowotne nieleczzonej próchnicy dzieci i młodzieży
 4. korzyści płynące z profilaktyki stomatologicznej już od najmłodszych lat życia dziecka.
- szczególną uwagę należy zwrócić na przeprowadzenie w ramach edukacji, szkoleń podczas, których zostaną zaprezentowane poprawne techniki szczotkowania zębów i sposoby utrzymania dobrego stanu zdrowia jamy ustnej;
- należy w pierwszej kolejności wykorzystać dostępne gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich) (np. dostęp z dnia - podać datę dostępu);

3) Stomatologiczne działania profilaktyczne

Wizyta kwalifikacyjna:

- przed skierowaniem na zabiegi profilaktyki stomatologicznej należy przeprowadzić wywiad i badanie stomatologiczne celem identyfikacji osób należących do grup ryzyka wystąpienia próchnicy. W wywiadzie należy skupić się na obecności podstawowych czynników ryzyka tj.:
 1. nadmierne spożywanie żywności bogatej w cukry,
 2. niska częstotliwość szczotkowania zębów,
 3. niska częstotliwość wizyt kontrolnych
 4. rzadkie użytkowanie past i płukanek zawierających fluor,
 5. palenie papierosów;
- należy dokonać początkowej oceny stanu uzębienia dziecka w oparciu o wskaźniki PUW dla zębów stałych i PUW dla zębów mlecznych;
- w oparciu o wyniki wizyty kwalifikacyjnej należy dostosować dalsze postępowanie;
- dzieci i młodzież, u których nie zostanie potwierdzona przynależność do grup ryzyka zostaną poinformowane o podstawowych metodach profilaktyki próchnicy oraz otrzymają broszury z informacjami na ww. temat. Na tym etapie kończy się ich udział w programie;
- dzieci i młodzież, u których zostanie potwierdzona przynależność do grup ryzyka zostaną skierowane na zabiegi profilaktyki stomatologicznej;
- rodzice dzieci/opiekunowie prawni powinni być zapoznani z poprawnymi technikami higieny jamy ustnej oraz o konieczności sprawowania kontroli nad myciem zębów, szczególnie przez młodsze dzieci;

Zabiegi profilaktyczne:

- interwencjami, które można uwzględnić w programie znajdującymi odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych są m.in.:
 - 1. higienizacja,**
 - 2. fluoryzacja,**
 - 3. lakierowanie zębów,**
 - 4. lakowanie zębów;**
- zaleca się, aby lakierowanie zębów przeprowadzone było u dzieci i młodzieży z użyciem m.in. diaminofluorku srebra. Zaleca się wykonane lakowania zębów przynajmniej dwukrotnie w ciągu roku, a w przypadku osób ze stwierdzonym wysokim ryzykiem wystąpienia próchnicy przynajmniej 4 razy

w roku;

- zaleca się, aby lakowanie prowadzone było wraz z lakierowaniem powierzchni zębów w celu ograniczenia rozwoju próchnicy i/lub zapobiegania jej ewentualnemu pojawieniu się;
- zaleca się, aby fluoryzacja była wykonana m.in. poprzez fluoryzację mleka, wody pitnej lub suplementację;

Wizyta kontrolna

- końcowa ocena stanu uzębienia dziecka w oparciu o wskaźniki PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, w celu porównania stanu jamy ustnej z początkową oceną. Wizyta końcowa odbywa się po zakończeniu zaplanowanych interwencji.

W ramach realizacji poszczególnych działań Programu należy wypełnić odpowiednie karty uczestnika programu. W ostatnim dniu udzielania świadczeń rodzicom/opiekunom prawnym należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika programu.

4.4. SPOSÓB UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PPZ

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. Ponadto Realizator Programu zobowiązany będzie do uzyskania pisemnego oświadczenia od rodzica/opiekuna prawnego ucznia, że dziecko nie korzysta z tych samych świadczeń zdrowotnych w ramach opieki stomatologicznej finansowanej przez NFZ.

4.5. SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PPZ

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 i otrzymaniu materiałów edukacyjnych;
- zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ na każdym jego etapie;

- zakończenie realizacji PPZ.

5. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

4.1. ETAPY PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH ETAPÓW

Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

1. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
2. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
7. Zakończenie realizacji PPZ.
8. Rozliczenie finansowania PPZ. 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.

4.2. WARUNKI REALIZACJI PPZ DOTYCZĄCE PERSONELU, WYPOSAŻENIA I WARUNKÓW LOKALOWYCH

Wymagania dotyczące personelu:

Etap PPZ.	Kwalifikacje personelu
Edukacja	Higienistka stomatologiczna,

	asystentka stomatologiczna, lekarz stomatolog
Stomatologiczne działania profilaktyczne	Wizyta kwalifikacyjna i kontrolna: lekarz dentysta* Profilaktyczne zabiegi stomatologiczne: higienistka stomatologiczna lub lekarz dentysta* *Lekarz stomatolog specjalista stomatologii dziecięcej; lekarz rezydent w trakcie specjalizacji ze stomatologii dziecięcej, lekarz dentysta z tytułem dr n. med. w dziedzinie stomatologii dziecięcej, lekarz stomatolog z min. 3-letnim stażem w pracy z dziećmi.

6. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

5.1. MONITOROWANIE

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- 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. Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z

uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ (uczestnika), w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

5.2. EWALUACJA

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy przedstawić w raporcie końcowym z realizacji PPZ. W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową. W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- 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 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;
- odsetek osób, u których doszło do pogłębienia próchnicy pomimo przeprowadzonych działań profilaktycznych, w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, w stosunku do wszystkich uczestników programu.

7. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

6.1. KOSZTY JEDNOSTKOWE

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej;
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt prowadzenia edukacji;
- koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej oraz kontrolnej;
- koszt przeprowadzenia profilaktycznych zabiegów stomatologicznych;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych. W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

6.2. KOSZTY CAŁKOWITE

Koszty całkowite realizacji PPZ

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
2026 r.	931 000,00 zł

7. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Program finansowany przez Gminę Wrocław.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Kaczmarek U, Krzyściak W: Mikrobiom jamy ustnej. W: Współczesna stomatologia wieku rozwojowego pod red. D. Olczak-Kowalczyk, J. Szczepańska, U. Kaczmarek, MedTour Press International, Warszawa 2017, 83-96.
2. Wójtowicz A., Malm A. Mikrobiologiczne podłoże próchnicy w aspekcie jej profilaktyki. Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej z Pracownią Diagnostyki Mikrobiologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Mikrobiologia Tom , nr 5, 2009.
3. E. Kidd: Essentials of dental caries. The disease and its management. 3rd ed. Oxford University Press 2005.
4. E. Kidd: Essentials of dental caries. The disease and its management. 3rd ed. Oxford University Press 2005.
5. Turska-Szybka A., GrudziąŜ-Sękowska J., Olczak-Kowalczyk D. Czynniki ryzyka próchnicy wczesnego dzieciństwa i indywidualna ocena poziomu ryzyka na podstawie CAMBRA. Zakład Stomatologii Dziecięcej Instytutu Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Nowa Stomatologia 3/2011.
6. https://pedodoncja.wum.edu.pl/.../etiologia_i_epidemiologia_choroby_prochnicowej_
7. OralHealth Database. Oral Health Country/Area Profile Project. WHO Collaborating Centre for Education, Training and Research in Oral Health.<http://www.mah.se/CAPP/>; Bankel M, Eriksson UC, Robertson A, Köhler B.: Caries and associated factors in a group of Swedish children 2- 3 years of age. Swed Dent J. 2006;30(4):137-46. PMID: 17243441; Šačić L, Marković N, ArslanagićMurtbegović A, Zukanović A, Kobašlija S: The prevalence and severity of early childhood caries in preschool children in the Federation of Bosnia and Herzegovina. Acta Med Academ 2016, , 45, 1: 19-

25. DOI: 10.5644/ama2006-124.15
8. Warren JJ, Blanchette D, Dawson DV, Marshall TA, Phipps KR, Starr D, Drake DR: Factors associated with dental caries in a group of American Indian children at age 36 months. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016 Apr;44(2):154-61.;Slabsinskiene E, Milciuviene S, Narbutaite J, Vasiliauskiene I, Andruskeviciene V, Bendoraitiene EA, Saldūnaite K: Severe early childhood caries and behavioral risk factors among 3-year-old children in Lithuania. *Medicina (Kaunas).* 2010;46(2):135-41. PMID: 20440088
 9. Bezgati A, Mega K, Siegenthaler D, Berisha M, Mautsch W: Dental health evaluation of children in Kosovo.*Eur J Dent* 2011, 5, 32-39. PMID: 21228954 PMCID: PMC3019749
 - 10.Badania prowadzone w ramach programu Ministerstwa Zdrowia „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w latach 2010-16.
 - 11.Patel R: The state of oral health in Europe. Report Comissioned by the Platform for better Oral Health in Europe. 2012 <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>
 - 12.Rekomendacja nr 42/2025 Prezesa AOTMiT z 2 października 2025r.
 - 13.Ekstrand KR, Christiansen J, Christiansen ME: Time and duration of eruption of first and second permanent molars: a longitudinal investigation.*Community Dent Oral Epidemiol.*2003; 31(5): 344-50.
 - 14.Częstość występowania choroby próchnicowej u dzieci do 5. roku życia w wybranych krajach na świecie w oparciu o dane WHO. <http://www.czytelniamedyczna.pl/3758,rola-lekarzy-niestomatologow-w-zapobieganiu-prochnicy-wczesnego-dziecinstwa.html> 27-04-2016
 - 15.Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].
 - 16.Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
 - 17.Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy... op. cit.
 - 18.Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026.

9. ZAŁĄCZNIKI

9.1. ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

Szanowna Pani/ Szanowny Panie,

zwracamy się z prośbą o wypełnienie niniejszego kwestionariusza ankiety, dotyczącej Programu polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych” dla mieszkańców Wrocławia, finansowanego z budżetu Miasta.

Badanie jest anonimowe, a wyniki stanowią informację niezbędną do dalszego doskonalenia jakości działań realizowanych w ramach Programu.

Instrukcja wypełniania kwestionariusza ankiety:

Przy każdym pytaniu prosimy o zaznaczenie znakiem „X” jednej lub więcej odpowiedzi.

W pytaniach ze skalą ocen należy zakreślić kółkiem cyfrę na skali ocen od 1 do 5, która Pani/Pana zdaniem ocenia wskazane kryterium, gdzie: liczba 1 to ocena najniższa, liczba 5 to ocena najwyższa).

Będziemy wdzięczni za uzupełnienie ankiety własnymi opiniami i spostrzeżeniami.

1. Od kogo uzyskał/a Pan/Pani informacje o Programie

A	od lekarza stomatologa	
B	w szkole	
C	z ulotki/z informatora	
D	z radia/telewizji/gazety/ z Internetu/z mediów społecznościowych	
E	od znajomych	

F	z innych źródeł (prosimy o wpisanie od kogo)	
		
		

2. Jaki był powód zgłoszenia się Pan/Pani do Programu?

A	uzyskanie wiedzy na temat zapobiegania próchnicy u dzieci	
B	niepokojące zmiany na zębach dziecka/kontrola stanu zębów	
C	rekomendacja ze strony nauczyciela/dyrektora szkoły/pielęgniarki	
D	długi czas oczekiwania na wizytę w gabinecie finansowanym przez NFZ	

3. Czy rejestracja do Programu sprawiła Pani/Panu trudność?

A	nie sprawiła żadnych trudności	
B	nie rejestrowałam/em się sama, ktoś inny to zrobił	
C	tak, gdyż często nie mogłam/em się dodzwonić	
D	tak, gdyż nie mogłam/em uzyskać wyczerpującej odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania	
E	tak, gdyż rejestrujący był niecierpliwy i nie odpowiadał na moje pytania	
F	tak, gdyż nie jestem zadowolona/y z rozmowy telefonicznej/osobistej	

4. W skali od 1 do 5 proszę ocenić przebieg konsultacji u lekarza stomatologa

1.	Kryteria oceny	Skala ocen od 1 do 5

B	W jakim stopniu przekazywane przez lekarza informacje były dla Pani/Pana zrozumiałe?	1	2	3	4	5
C	Na jakim poziomie określiłaby/określiłby Pani/Pan życzliwość i wyrozumiałość lekarza?	1	2	3	4	5
D	W jakim stopniu podczas konsultacji stomatologicznej zapewniono poszanowanie godności osobistej i intymności?	1	2	3	4	5
E	W jakim stopniu wizyta u lekarza spełniła Pani/Pana oczekiwania	1	2	3	4	5

5. Jaka jest Pani/Pana ogólna ocena przebiegu wizyty u lekarza stomatologa? Proszę ocenić w skali od 1 do 5 (gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 bardzo dobrze)

Skala ocen od 1 do 5				
1	2	3	4	5

6. Proszę ocenić przebieg wizyty w skali od 1 do 5. przebieg wizyty edukacyjnej

	Kryteria oceny	Skala ocen od 1 do 5				
B	Czy informacje przekazywane przez edukatora były dla Pani/Pana zrozumiałe?	1	2	3	4	5
C	W jakim stopniu edukator był życzliwy, rozmowny i wyrozumiały?	1	2	3	4	5
D	Na jakim poziomie określiłaby/określiłby Pani/Pan poczucie bezpieczeństwa?	1	2	3	4	5
E	W jakim stopniu wizyta u lekarza spełniła Pani/Pana oczekiwania	1	2	3	4	5