

**UCHWAŁA NR XXII/187/2025
RADY GMINY KLESZCZÓW**

z dnia 25 listopada 2025 r.

w sprawie programów polityki zdrowotnej

Na podstawie art. 48 ust. 1 i 5 oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153), art. 114 ust. 1 pkt 1 oraz art. 115 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 420, poz. 450, poz. 620, poz. 637, poz. 1211) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się programy polityki zdrowotnej:

- 1) Program polityki zdrowotnej Gminy Kleszczów w zakresie schorzeń zębów i jamy ustnej na lata 2026-2028, stanowiący załącznik nr 1 do uchwały;
- 2) Program polityki zdrowotnej Gminy Kleszczów w zakresie profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci i młodzieży na lata 2026-2028, stanowiący załącznik nr 2 do uchwały;
- 3) Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej 6w1 na lata 2026-2028, stanowiący załącznik nr 3 do uchwały;
- 4) Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na rok 2026, stanowiący załącznik nr 4 do uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy
Kleszczów

Michał Rejniak

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XXII/187/2025
Rady Gminy Kleszczów
z dnia 25 listopada 2025 r.



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

w zakresie
profilaktyki schorzeń zębów i jamy ustnej

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.)

Kleszczów, listopad 2025 r.
Urząd Gminy Kleszczów

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



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

Spis treści

Spis treści.....	3
Spis tabel:	4
Spis rycin:.....	4
Podstawa przygotowania programu	5
I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	6
I.1 Opis problemu zdrowotnego	6
Profilaktyka próchnicy	8
I.2 Dane epidemiologiczne	9
Epidemiologia województwo łódzkie	12
I.3. Opis obecnego postępowania	14
Świadczenia gwarantowane	14
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	16
II.1 Cel główny	16
II. 2 Cele szczegółowe	16
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	16
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	18
III.1 Populacja docelowa	18
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	19
Kryteria włączenia do programu	19
Kryteria wyłączenia z programu:	19
III.3 Planowane interwencje	20
1. Akcja informacyjna	20
2. Rekrutacja uczestników	21
3. Kwalifikacja do działań w ramach programu	21
4. Szkolenia i działania edukacyjne dotyczące zapobiegania chorobom zębów i jamy ustnej	21
5. Lekarska wizyta kwalifikacyjna	22
6. Świadczenia profilaktyki stomatologicznej	22
III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	36
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	37
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	38
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	38
Ad 4. Wybór realizatora	39
Ad 5. Akcja informacyjna	39
Ad 7 Monitoring działań	40
Ad 9 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu	40
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	40
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	43
V.1 Monitorowanie	43
V.2 Ewaluacja	44
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	47
VI.1 Koszty jednostkowe	47

VI.2 Koszty całkowite.....	49
VI.3 Źródła finansowania.....	50
VII. Bibliografia	51
VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora.....	53
ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór	53
ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór	54
ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne	56
ZAŁĄCZNIK 4. Sprawozdanie częściowe	57
ZAŁĄCZNIK 5. Sprawozdanie końcowe	58

Spis tabel:

Tabela 1. Zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy w grupie dzieci i u osób dorosłych	8
Tabela 2. Liczebność grup wiekowych w populacji całościowej programu - XII 2023 r.....	18
Tabela 3. Grupy interwencji zaplanowane do realizacji w programie	23
Tabela 4. Rodzaje i wysokość kosztów rocznych działań w ramach programu	48
Tabela 5. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu.....	49

Spis rycin:

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

Podstawa przygotowania programu

Niniejszy program polityki zdrowotnej zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285) oraz został przygotowany w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

Program stanowi kontynuację programu polityki zdrowotnej Gminy Kleszczów ocenionego opinią Prezesa AOTMiT nr 66/2022 z dnia 27 grudnia 2022 r.

Po zakończeniu realizacji obecnej edycji programu w grudniu 2025 r. zostanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, przygotowany raport końcowy z realizacji programu i przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

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

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Najczęściej występujące choroby jamy ustnej to próchnica i choroba przyzębia. Na próchnicę ludzie są podatni przez całe życie, jednak najczęściej chorują dzieci. Choroba przyzębia częściej występuje wśród osób dorosłych, a najwięcej zachorowań rejestrowanych jest wśród osób powyżej 30. roku życia. Udowodniono, że połączenie działań profilaktycznych w sferach indywidualnej, społecznej i zawodowej może sukcesywnie zwalczać te choroby. W ostatnich latach, zgodnie z danymi WHO z 2022 r. oraz Global Oral Health Status Report 2022, zwraca się uwagę, że choroby jamy ustnej pozostają najczęstszą grupą przewlekłych schorzeń na świecie, dotykając ponad 3,5 mld osób, przy czym próchnica zębów stałych jest najbardziej rozpowszechnionym schorzeniem przewlekłym w populacji globalnej.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje próchnicę jako umiejscowiony, patologiczny proces o pochodzeniu zewnątrzustrojowym, który prowadzi do odwapnienia oraz proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Próchnica jest podstawowym schorzeniem jamy ustnej i została zaliczona do chorób społecznych ze względu na bardzo duże rozpowszechnienie, skutki ogólnozdrowotne oraz cierpienia spowodowane powikłaniami. Według nowszych analiz WHO (2022-2024) próchnica dotyczy zarówno populacji dziecięcej, jak i dorosłych oraz osób starszych i stanowi narastający problem zdrowotny również w krajach europejskich, pomimo rozwoju profilaktyki i dostępu do opieki stomatologicznej.

Choroba ta najczęściej opisywana jest jako wcześnie pojawiające się (nierzadko tuż po wyrżnięciu zębów mlecznych) zmiany próchnicowe na powierzchniach wargowych zębów przednich górnych, w okolicy szyjki i na powierzchniach żujących zębów trzonowych, obejmujące następnie inne powierzchnie. Próchnica zębów pozostaje najbardziej rozpowszechnioną chorobą jamy ustnej. Stanowi problem zdrowotny zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się, również w Polsce. W ciągu ostatnich lat odnotowano poprawę działań profilaktycznych, jednak na tle Europy Polska wciąż znajduje się wśród krajów o stosunkowo niskim poziomie profilaktyki. Dane Ministerstwa Zdrowia i NFZ za lata 2021-2024 wykazują, że dostęp do świadczeń profilaktycznych jest nadal nierównomierny, a duża część populacji osób dorosłych zgłasza się do stomatologa dopiero w sytuacji bólowej.

Próchnica stanowi istotny i narastający problem zdrowotny w polskiej populacji ze względu na etiologię, obecny poziom wiedzy społeczeństwa, mnogość czynników ryzyka oraz dostępność świadczeń gwarantowanych. W rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 42/2025 wskazano, że choroby jamy ustnej, w tym próchnica i choroby przyzębia, są w Polsce poważnym obciążeniem zdrowotnym i ekonomicznym, a potrzeby profilaktyczne dotyczą nie tylko dzieci i młodzieży, lecz także osób dorosłych, szczególnie po 40. roku życia.

Nieleczona próchnica powoduje poważne skutki, takie jak ból zębów, wady zgryzu, nieprzyjemny zapach z ust, pogorszenie estetyki oraz znaczące obciążenia psychospołeczne. Osoby z dolegliwościami w obrębie jamy ustnej mogą mieć niższą samoocenę i mogą doświadczać pogorszenia jakości życia. W skrajnych przypadkach powikłania, takie jak wrzodziejąco-martwicze zapalenie jamy ustnej (noma), mogą stanowić zagrożenie życia. Część tych następstw występuje w późniejszym okresie życia. Konsekwencją przedwczesnej utraty zębów mlecznych są wady zgryzu pojawiające się w późniejszym wieku, co dodatkowo wpływa na rozwój fizyczny i sprawność życia. Nieleczona próchnica zębów stałych u dorosłych może

prowadzić do konieczności kosztownego i złożonego leczenia, w tym leczenia kanałowego, zabiegów chirurgicznych, ekstrakcji, leczenia w znieczuleniu ogólnym, a nawet hospitalizacji.

Próchnica zębów jest chorobą infekcyjną wywołaną przez bakterie kolonizujące powierzchnie zębów. W odróżnieniu od wielu innych chorób zakaźnych, rozwija się w wyniku zaburzenia lokalnej równowagi mikroflory jamy ustnej. Często gwałtowny przebieg choroby zależy od równowagi pomiędzy czynnikami gospodarza, środowiskowymi i behawioralnymi. Do podstawowych czynników etiologicznych należą: obecność drobnoustrojów kwasotwórczych fermentujących węglowodany, obecność węglowodanów w diecie, podatność tkanek zęba na demineralizację oraz częstotliwość ekspozycji na czynniki patogenne. Najważniejszym patogenem próchnicotwórczym jest *Streptococcus mutans*, natomiast w ogniskach próchnicowych dominują również bakterie *Lactobacillus* spp. Bakterie te produkują kwasy prowadzące do demineralizacji szkliwa i zębiny, czego konsekwencją są ubytki i narastające zniszczenia twardych tkanek zębów.

W ostatnich latach, zgodnie z raportami WHO i EFP z 2022-2023 r., potwierdzono silne związki między chorobami jamy ustnej a chorobami ogólnoustrojowymi (cukrzyca typu 2, choroby sercowo-naczyniowe, przewlekłe choroby zapalne, pogorszenie stanu zdrowia kobiet w ciąży), co dodatkowo podkreśla wagę działań profilaktycznych. Podkreśla się również rolę śliny, jej zdolności buforujących, ochronnych i przeciwbakteryjnych oraz wpływ czynników takich jak leki, stres czy dieta na jej właściwości.

Głównymi czynnikami ryzyka chorób jamy ustnej pozostają: niski status społeczno-ekonomiczny, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, niska świadomość zdrowotna, niski poziom fluoru w wodzie, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, dieta wysokoprzetworzona oraz ograniczony dostęp do regularnych wizyt profilaktycznych. Badania epidemiologiczne wskazują, że próchnica występuje nawet u dzieci poniżej 3. roku życia, a z wiekiem ryzyko jej występowania oraz ciężkość powikłań wzrastają. Dane z lat 2021-2024 pokazują, że przeciętny 6-latek ma około 4 zęby mleczne z próchnicą, a 18-latek ponad 8 zębów stałych dotkniętych ubytkami. W populacji dorosłych skala zjawiska jest jeszcze większa - ponad 90% osób dorosłych ma cechy przebytych lub aktywnych zmian próchnicowych, a utrata zębów dotyka znaczącej części osób po 60. roku życia.

Do określania rozpowszechnienia i nasilenia próchnicy zębów stosowany jest wskaźnik PUWz (dla zębów) i PUWP (dla powierzchni zębowych). Analizy zawarte w „Monitorowaniu stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej” (MZ, edycje 2017-2024) potwierdzają, że wartości tych wskaźników pozostają wysokie zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych. Wskaźniki te rosną wraz z wiekiem, a największą dynamikę wzrostu obserwuje się między 35. a 74. rokiem życia, co wiąże się z dużą kumulacją nieleczonych zmian oraz chorób przyzębia.

Do najczęstszych następstw próchnicy zalicza się: ubytki zębowe, choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych, choroby przyzębia oraz utratę uzębienia. W skali globalnej około 30% osób w wieku 65-74 lat ma częściową lub całkowitą bezzębność, a w Polsce problem ten dotyczy znacznego odsetka seniorów. Utrata zębów w wieku młodym może prowadzić do wad zgryzu, zaburzeń rozwoju żuchwy i szczęki oraz pogorszenia funkcji żucia.

Profilaktyka próchnicy

Profilaktyka próchnicy obejmuje działania edukacyjne, higieniczne i dietetyczne oraz profesjonalne interwencje profilaktyczne. Skuteczność zapobiegania próchnicy zależy od ograniczenia czynników ryzyka i wprowadzania trwałych, prozdrowotnych nawyków. Wyróżnia się profilaktykę zbiorową, grupową oraz indywidualną (domową i profesjonalną). Do najważniejszych działań profilaktycznych należą: prawidłowa higiena jamy ustnej (w tym szczotkowanie zębów co najmniej dwa razy dziennie pastą z odpowiednią zawartością fluoru), dieta uboga w cukry proste i napoje słodzone, regularne wizyty kontrolne u stomatologa oraz stosowanie zabiegów fluoryzacyjnych. W aktualnych rekomendacjach klinicznych oraz wytycznych eksperckich (FDI 2022, WHO 2022, ACFF 2023, AOTMiT 2025) podkreśla się rolę oceny indywidualnego ryzyka próchnicy, prowadzenia edukacji zdrowotnej dostosowanej do wieku i poziomu ryzyka oraz konieczność zwiększenia dostępności działań profilaktycznych w populacji dorosłych.

Profilaktyka w populacji dorosłych powinna być rozumiana jako proces ciągły, obejmujący zarówno edukację, jak i regularne profesjonalne interwencje stomatologiczne ukierunkowane na wczesne wykrywanie i zapobieganie rozwojowi zmian próchnicowych oraz chorób przyzębia. W świetle danych epidemiologicznych i zaleceń AOTMiT z 2025 r. szczególną uwagę należy zwrócić na osoby dorosłe po 40. roku życia, u których kumulują się wieloletnie skutki ekspozycji na czynniki ryzyka, a potrzeby profilaktyczne i lecznicze są największe.

W aktualnych rekomendacjach klinicznych oraz w standardach AOTMiT podkreśla się, że skuteczna profilaktyka powinna obejmować również:

- ocenę indywidualnego ryzyka próchnicy u każdej osoby dorosłej (Caries Risk Assessment),
- dostosowanie działań profilaktycznych do poziomu ryzyka (zasada "risk-based approach"),
- regularną ocenę nawyków higienicznych, żywieniowych i czynników behawioralnych,
- edukację dorosłych pacjentów w zakresie właściwych technik szczotkowania, stosowania past fluorowych, nitkowania i płukanek,
- zwiększenie częstości wizyt kontrolnych u osób z wysokim ryzykiem próchnicy i chorób przyzębia,
- stosowanie zabiegów fluoryzacyjnych (żele, lakiery) również w populacji dorosłych z podwyższonym ryzykiem,
- działania ukierunkowane na ograniczenie palenia tytoniu i spożycia alkoholu, które są istotnymi modyfikowalnymi czynnikami ryzyka chorób jamy ustnej u osób dorosłych.

Tabela 1 przedstawia zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy.

Tabela 1. Zalecenia dotyczące profilaktyki próchnicy w grupie dzieci i u osób dorosłych

Działanie profilaktyczne	Opis działania
Fluorowanie wody pitnej	Codzienna ekspozycja na fluor przyjmowany z wodą Monitorowanie stosowania past fluorkowych
Wizyty kontrolne	Regularne, okresowe W zależności od potrzeby zdrowotnej pacjenta
Ocena ryzyka próchnicy	Dokonywana przez stomatologa u każdego pacjenta Okresowo weryfikowana
Szczotkowanie zębów pastą z fluorem	Monitorowanie stosowania past fluorkowych
Porada dietetyczna	W zakresie ograniczenia spożycia cukrów
Stosowanie preparatów fluorowych	np. pasty do zębów, żele, płyny do płukania ust

Zdrowa dieta	Dotycząca spożywania cukrów Prowadzenie zajęć edukacyjnych w zakresie związku między spożywaniem cukrów a rozwojem próchnicy
Dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą z fluorem	Pastą z fluorem o jego zawartości min 1000 ppm (dla małych dzieci wskazane stosowanie past z obniżoną zawartością fluoru)
Profesjonalna zapobiegawcza terapia fluorkowa	W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka rozwoju próchnicy
Lakowania szczelin i bruzd zębów trzonowych stałych	U dzieci i młodzieży

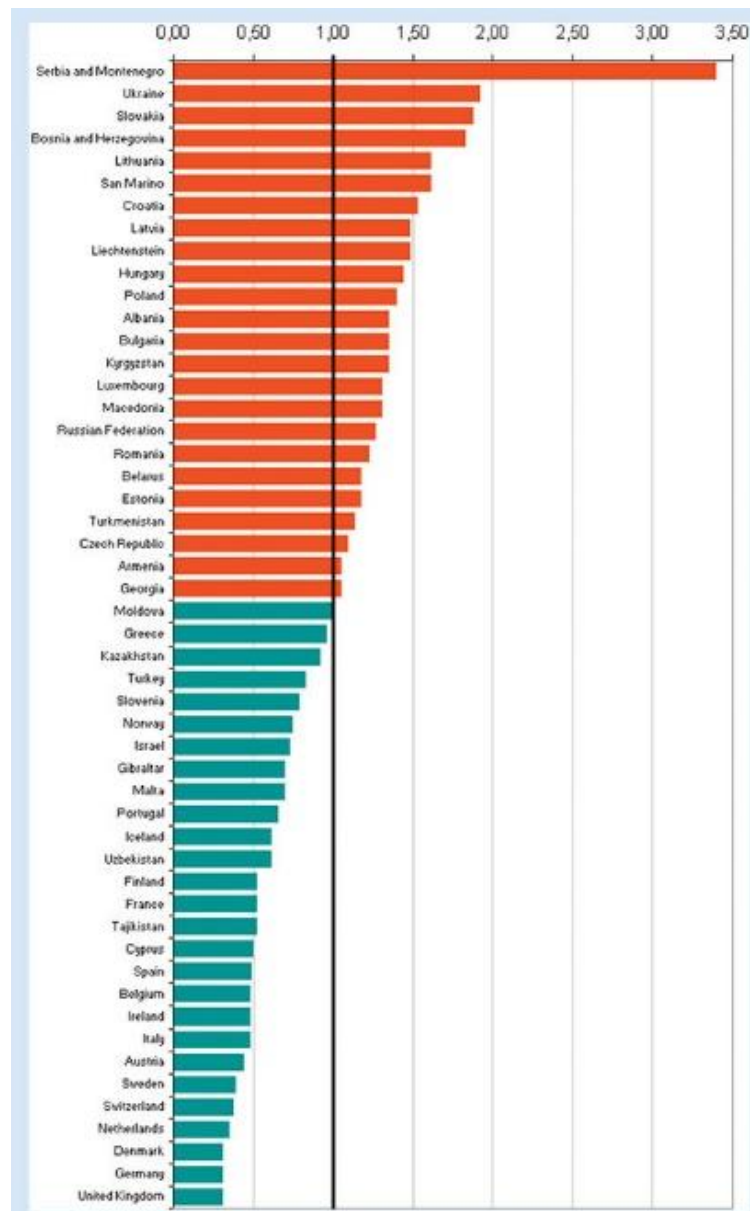
Źródło: opracowanie własne na podstawie Global Oral Health - CAPP

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi, profilaktyka w populacji dorosłych powinna być rozumiana jako proces ciągły, obejmujący zarówno działania edukacyjne, jak i systematyczne interwencje stomatologiczne nakierowane na wczesne wykrywanie oraz zapobieganie rozwojowi zmian próchnicowych i chorób przyzębia.

I.2 Dane epidemiologiczne

Według danych WHO na całym świecie 60-90% dzieci w wieku poniżej 7 lat ma ubytki w zębach. Powikłania próchnicy, mogące prowadzić do utraty zębów, występują u 15-20% populacji w wieku 35-44 lata. Na świecie około 30% osób w wieku 65-74 lata utraciło wszystkie swoje zęby. Choroby jamy ustnej w grupie dzieci i dorosłych częściej występują wśród osób o niskim statusie ekonomicznym i społecznym. Należy pamiętać, że próchnica to nie tylko problem estetyki zębów. Szacuje się, że nieleczona próchnica może skutkować zwiększonym ryzykiem występowania w przyszłości raka jamy ustnej. Ryzyko to wynosi od 1 do 10 przypadków na 100 tys. osób i jest wyższe wśród mężczyzn, osób starszych oraz osób z niskim poziomem wykształcenia i niskimi dochodami. WHO wskazuje, iż rak jamy ustnej znajduje się na 8. miejscu najczęściej występujących nowotworów na świecie i jego globalna zachorowalność rośnie (WHO Global Oral Health Status Report 2022).

Rycina 1 przedstawia występowanie próchnicy w 53 krajach, w tym w 24 krajach Unii Europejskiej. Czerwonym kolorem zaznaczono kraje, w których ryzyko względne występowania próchnicy jest większe od średniej europejskiej. Największe ryzyko względne notuje się w Serbii i Czarnogórze. Polska znajduje się mniej więcej w środku grupy krajów (11. pozycja) o podwyższonym ryzyku.



Rycina 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy, w tym w krajach EU

Źródło: Moreira R.S.: Epidemiology of Dental Caries in the World, Brasil 2012; <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/29340.pdf>

W Polsce obserwuje się wysoki i gwałtownie rosnący między 35.-44. a 65.-74. rokiem życia odsetek osób dorosłych z bezzębiem oraz gwałtownie malejącą w tym okresie życia średnią liczbę zachowanych zębów naturalnych. Jednocześnie występują masowe choroby przyzębia - już w 2008 roku tylko u 14,1% pacjentów stomatologicznych nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie. Odnotowuje się również rosnącą liczbę chorych z nowotworami jamy ustnej, które stanowią około 27% nowotworów występujących w obrębie głowy i szyi.

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli stan zdrowia jamy ustnej Polaków odbiega od standardów europejskich. NIK zwraca uwagę, że wyniki badań epidemiologicznych świadczą o niewystarczającej skuteczności działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia. Tempo obniżania zapadalności na próchnicę w Polsce jest niezadowolające, na co wskazują wyniki programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”. Autorzy raportu podkreślają, że stomatolodzy w Polsce prowadzą głównie działalność naprawczą, gdyż nie

stworzono mechanizmów motywujących do działań edukacyjnych i profilaktycznych - jedynie 15-20% stomatologów deklaruje aktywność edukacyjną wśród pacjentów.

W 2018 roku liczba lekarzy dentystów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ wynosiła 16,3 tys. (47% ogółu). Badania ankietowe wskazują, że Polacy powszechnie korzystają ze świadczeń stomatologicznych (88% respondentów CBOS w 2018 r.), ale zdecydowana większość (82%) korzysta z nich poza systemem publicznym. Tylko 36% badanych korzystało ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co potwierdza niedostateczny zakres świadczeń gwarantowanych oraz ograniczoną ich dostępność.

W świetle najnowszych analiz epidemiologicznych prowadzonych w latach 2021-2024, w tym Map Potrzeb Zdrowotnych 2023-2027, raportu Ministerstwa Zdrowia „Stan zdrowia jamy ustnej w Polsce” (2021), Global Burden of Disease 2019 oraz aktualizacji GBD 2024, potwierdza się utrzymywanie bardzo wysokiego obciążenia chorobami jamy ustnej w populacji dorosłych. Dane z 2021 r. wskazują, że ponad 98% dorosłych Polaków ma doświadczenie próchnicy, a średnia liczba zębów objętych wskaźnikiem PUW przekracza 13, co plasuje Polskę wśród krajów europejskich o najwyższych wskaźnikach próchnicy u dorosłych. Choroby przyzębia o umiarkowanym i ciężkim przebiegu dotyczą około 64% dorosłych Polaków, znacząco powyżej średniej UE (około 43%).

W grupie osób w wieku 65-74 lata bezzębie całkowite występuje u około 19% populacji, a utrata liczby zębów postępuje dynamicznie od 40. roku życia. Dane z map potrzeb zdrowotnych wskazują, że średnia liczba zachowanych zębów w tej grupie wiekowej spada do poziomu około 6-8. Najnowsze badania z lat 2022-2024 podkreślają również, że około 40% dorosłych nie odbyło żadnej wizyty kontrolnej u dentysty w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a około 70% nie stosuje prawidłowych nawyków higienicznych.

W rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 42/2025 podkreślono, że choroby jamy ustnej u dorosłych - w szczególności próchnica i periodontopatie - generują istotne obciążenie mierzone wskaźnikiem DALY, a działania profilaktyczne powinny być kierowane również do populacji dorosłych, zwłaszcza po 40. roku życia, w której obserwuje się kumulację wieloletnich skutków nieleczonych chorób i wysokich czynników ryzyka (palenie, niska higiena, dieta wysokoprzetworzona). Trendy z lat 2015-2024 wskazują na pogarszający się stan zdrowia jamy ustnej dorosłych Polaków, zwłaszcza w zakresie liczby zachowanych zębów i ciężkości chorób przyzębia. Wzmacnia to zasadność realizacji lokalnych programów zdrowotnych ukierunkowanych na profilaktykę próchnicy, diagnostykę i edukację zdrowotną.

Dostępne dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują, że próchnica stanowi jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych w populacji. Obejmuje wszystkie grupy wiekowe, rozpoczynając się w wieku przedszkolnym i narastając w populacji dorosłej oraz senioralnej. Obciążenie chorobami jamy ustnej stanowi istotny element obciążenia systemu opieki zdrowotnej, generując koszty zarówno w zakresie świadczeń ambulatoryjnych, jak i szpitalnych. Opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia wyniki programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020” wskazują, że próchnica stanowi istotny problem w polskiej populacji i wraz z wiekiem dochodzi do jej narastania. Dane z aktualnych edycji monitoringu (zbierane w latach 2021-2023) potwierdzają, że mimo poprawy świadomości zdrowotnej, częstość wizyt kontrolnych oraz przestrzeganie zasad profilaktyki pozostają niewystarczające.

Epidemiologia województwo łódzkie

Analiza stanu zdrowia jamy ustnej w województwie łódzkim stanowi integralną część Map Potrzeb Zdrowotnych. W najnowszym cyklu Map Potrzeb Zdrowotnych 2023-2027, opartym na danych sprawozdawczych NFZ i GUS za 2021 r., województwo łódzkie zostało wskazane jako region charakteryzujący się podwyższonymi wskaźnikami zapadalności na choroby jamy ustnej oraz wysokim poziomem obciążenia populacji czynnikami ryzyka wpływającymi na zdrowie jamy ustnej. Jednocześnie raporty Ministerstwa Zdrowia z lat 2021-2024 potwierdzają utrzymywanie się niekorzystnych trendów epidemiologicznych, wskazujących na wzrost chorób twardych tkanek zęba, chorób miazgi, chorób przyzębia oraz rosnące zapotrzebowanie na świadczenia stomatologiczne o charakterze naprawczym. Analizy regionalne potwierdzają, że działania profilaktyczne pozostają niewystarczające wobec skali zgłaszanych potrzeb.

Od wielu lat obserwuje się w województwie łódzkim niski odsetek osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych. Badania Piotrowskiej i wsp. wykazały, że już w 2013 r. z usług stomatologicznych refundowanych przez NFZ korzystało jedynie 11,5% świadczeniobiorców. Aktualne dane Ministerstwa Zdrowia i NFZ z lat 2021-2024 potwierdzają utrzymywanie się niskiego wykorzystania świadczeń publicznych - w zależności od roku, jedynie 12-17% mieszkańców województwa korzysta z refundowanych świadczeń stomatologicznych. W praktyce oznacza to, że zdecydowana większość populacji opiera leczenie stomatologiczne na sektorze prywatnym, często w sposób epizodyczny, co utrudnia prowadzenie regularnej profilaktyki oraz konsekwentnego leczenia zmian próchnicowych i chorób przyzębia. Niski poziom korzystania ze świadczeń publicznych wskazuje również na strukturalne bariery dostępu, w tym niedostateczną liczbę miejsc świadczeń oraz ograniczone finansowanie usług stomatologicznych w regionie.

Województwo łódzkie cechuje się także niekorzystnymi uwarunkowaniami społeczno-ekonomicznymi. Wysoki poziom zagrożenia ubóstwem, ponadprzeciętny poziom bezrobocia oraz zróżnicowane warunki życia są czynnikami, które w sposób istotny utrudniają mieszkańcom dostęp do usług zdrowotnych, w tym stomatologicznych. Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2023-2027 wskazują, że województwo łódzkie posiada najwyższy w kraju wskaźnik liczby miejsc pracy dla lekarzy dentystów w relacji do potrzeb populacyjnych, co oznacza, że zapotrzebowanie na świadczenia stomatologiczne znacząco przewyższa możliwości kadrowe regionu. Szczególnie dotyczy to świadczeń profilaktycznych, zachowawczych i periodontologicznych, których dostępność w regionie pozostaje ograniczona. Niedobór kadry medycznej w stomatologii w połączeniu z wysokim zapotrzebowaniem na leczenie skutkuje wydłużonym czasem oczekiwania, nierównomiernym rozmieszczeniem świadczeń oraz koniecznością korzystania z usług komercyjnych.

Zgodnie z danymi NFZ i GUS wykorzystanymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych 2023-2027, wszystkie kluczowe wskaźniki zapadalności na choroby jamy ustnej w województwie łódzkim pozostają powyżej średnich krajowych. W szczególności odnotowano:

- choroby tkanek twardych zębów - 2 512 przypadków na 100 tys. mieszkańców (Polska: ok. 2 460/100 tys.),
- choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych - 2 145/100 tys. (Polska: ok. 1 900/100 tys.),
- choroby dziąseł i przyzębia - 1 978/100 tys. (Polska: ok. 1 705/100 tys.),

- nieprawidłowości położenia i liczby zębów - 371/100 tys. (Polska: ok. 324/100 tys.),
- choroby gruczołów ślinowych - 99/100 tys. (Polska: ok. 93/100 tys.).

Różnice te jednoznacznie wskazują, że stan zdrowia jamy ustnej populacji województwa łódzkiego jest istotnie gorszy niż przeciętnie w kraju, a potrzeby zdrowotne w zakresie stomatologii wymagają aktywnych działań profilaktycznych i edukacyjnych. Wyniki potwierdzają również, że mieszkańcy województwa łódzkiego należą do populacji o podwyższonym ryzyku występowania zaawansowanych chorób jamy ustnej wymagających interwencji o wysokiej intensywności.

Dodatkowym istotnym elementem oceny są czynniki ryzyka wpływające na zdrowie jamy ustnej. W najnowszych analizach Map Potrzeb Zdrowotnych oraz Global Burden of Disease (GBD), które pozostają oficjalnym źródłem danych dla palenia, alkoholu i ryzyk żywieniowych, województwo łódzkie plasuje się wśród najbardziej obciążonych regionów kraju. W szczególności:

- wpływ spożycia alkoholu na DALY w województwie łódzkim jest ok. 32% powyżej średniej krajowej - najwyższy wynik w Polsce,
- obciążenie związane z paleniem tytoniu znacząco przewyższa średnią krajową i należy do najwyższych w kraju,
- ryzyka żywieniowe, w tym wysoki BMI, wysoka podaż cukrów prostych oraz dieta o niskiej wartości odżywczej, zwiększają ryzyko rozwoju próchnicy, chorób przyzębia oraz pogłębiania istniejących zmian patologicznych.

W regionie obserwuje się również zróżnicowaną dostępność świadczeń stomatologicznych. Na terenie powiatu bełchatowskiego funkcjonuje 14 poradni udzielających świadczeń ogólnostomatologicznych. Na podstawie weryfikacji aktualnego wykazu umów NFZ (stan na listopad 2025 r.) nie stwierdzono funkcjonowania na terenie Gminy Kleszczów gabinetu stomatologicznego posiadającego kontrakt na świadczenia stomatologiczne finansowane ze środków publicznych. W praktyce oznacza to, że mieszkańcy są zmuszeni do korzystania z usług prywatnych lub świadczeń realizowanych w sąsiednich gminach, co pogłębia bariery w dostępie do opieki stomatologicznej i osłabia ciągłość opieki zdrowotnej. Brak kontraktu NFZ na terenie gminy w połączeniu z wysokim obciążeniem epidemiologicznym regionu istotnie wpływa na poziom zgłaszalności i dostępność działań profilaktycznych.

Wyniki realizacji wcześniejszej edycji lokalnego programu stomatologicznego w gminie Kleszczów potwierdzają, że lokalna sytuacja jest zbieżna z trendami regionalnymi i krajowymi. Zaobserwowano dużą grupę osób dorosłych charakteryzujących się niską świadomością zdrowotną oraz znacznym poziomem zaniedbań higienicznych. Profilaktyka obejmowała jedynie 20-30% uczestników programu, a stosowanie się do zaleceń pozabiegowych deklarowało zaledwie 10-15% osób. Wykazano również znaczącą liczbę przypadków wymagających interwencji specjalistycznych, a duża część pacjentów nie korzystała z regularnych wizyt kontrolnych przez okres dłuższy niż 24 miesiące. Brak świadczeniodawcy z kontraktem NFZ na terenie gminy oraz wysokie wskaźniki zapadalności w województwie łódzkim stanowią silne uzasadnienie dla kontynuacji programu polityki zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę, edukację i wczesne wykrywanie chorób jamy ustnej u osób dorosłych.

I.3. Opis obecnego postępowania

Próchnica to choroba, której można zapobiegać, a skuteczność zapobiegania zależy od kompleksowego podejścia obejmującego higienę jamy ustnej, racjonalne żywienie, prawidłowe nawyki behawioralne oraz regularną kontrolę stomatologiczną. W Polsce programy profilaktyczne funkcjonują w ograniczonym zakresie i w przeważającej mierze są skierowane do populacji małoletniej, podczas gdy potrzeby zdrowotne osób dorosłych pozostają w dużej mierze niezaspokojone. Wśród dorosłych obserwuje się niską zgłaszalność na wizyty stomatologiczne finansowane ze środków publicznych oraz znaczne zaniedbania higieniczne i dietetyczne, co przekłada się na rosnący odsetek powikłań i leczenia interwencyjnego.

Obecne rekomendacje kliniczne, raporty WHO oraz wytyczne towarzystw stomatologicznych nie wskazują jednego, najlepszego uniwersalnego zestawu działań, które powinny być stosowane w programach profilaktyki próchnicy u dorosłych. Podkreśla się jednak, że najskuteczniejsze interwencje to te, które łączą edukację, ocenę indywidualnego ryzyka próchnicy, działania behawioralne i regularne wizyty kontrolne. Wszystkie świadczenia z zakresu indywidualnej profilaktyki stomatologicznej znajdują się obecnie w katalogu świadczeń gwarantowanych, jednak ich realizacja w praktyce bywa ograniczona - szczególnie na terenach, na których nie funkcjonują podmioty posiadające kontrakt z NFZ. W takich przypadkach program polityki zdrowotnej może pełnić funkcję uzupełniającą lub kompensującą, zwiększając dostępność działań edukacyjnych, profilaktycznych i diagnostycznych.

Rekomendacje podkreślają szczególną rolę działań edukacyjnych. Dotyczą one w szczególności: prawidłowych technik higieny jamy ustnej, zasad stosowania past fluorowych, znaczenia nitkowania i płukanek, redukcji spożycia cukrów prostych, skutków zdrowotnych nieleczonej próchnicy oraz konieczności regularnych kontroli stanu uzębienia. W aktualnych dokumentach (ACFF, FDI, WHO 2021-2023, rekomendacje ADA i NICE, zalecenia AOTMiT 2024-2025) podkreśla się również konieczność przeprowadzania oceny indywidualnego ryzyka próchnicy (Caries Risk Assessment) oraz dostosowywania interwencji do jego poziomu, szczególnie w populacji dorosłych, u których czynniki behawioralne i metaboliczne mają większe znaczenie niż w populacji dziecięcej.

Aktualnie na terenie Gminy Kleszczów nie są realizowane żadne dodatkowe programy profilaktyki stomatologicznej dla osób dorosłych, a brak świadczeniodawcy posiadającego kontrakt NFZ dodatkowo ogranicza dostępność świadczeń gwarantowanych. W takiej sytuacji program polityki zdrowotnej staje się narzędziem poszerzającym i uzupełniającym ofertę systemu publicznego, szczególnie w zakresie edukacji, profilaktyki oraz wczesnego wykrywania zmian próchnicowych i chorób przyzębia. Z uwagi na kosztochłonność następstw nieleczonej próchnicy - obejmujących leczenie zachowawcze, endodontyczne, zabiegi chirurgiczne, protetyczne oraz hospitalizacje - działania profilaktyczne stanowią interwencję opłacalną zarówno z punktu widzenia zdrowia publicznego, jak i ekonomiki ochrony zdrowia.

Świadczenia gwarantowane

Zakres świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych określają aktualne akty prawne Ministra Zdrowia:

- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2024 r. w sprawie ogłoszenia

jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2024 poz. 545) - akt obowiązujący na listopad 2025 r.

Rozporządzenie to, wraz z załącznikami, określa wykazy świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji dla populacji dorosłych, obejmujące m.in.:

- świadczenia ogólnostomatologiczne,
- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym,
- świadczenia dla pacjentów z grup wysokiego ryzyka chorób zakaźnych,
- świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii,
- świadczenia protetyki stomatologicznej,
- świadczenia protetyczne dla pacjentów po leczeniu onkologicznym,
- świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej.

W załączniku nr 11 określono wykaz materiałów stomatologicznych dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych. W populacji dorosłych obowiązują m.in.:

- materiały chemoutwardzalne do wypełnień w odcinku przednim,
- amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2,
- materiały kompozytowe światłoutwardzalne - wyłącznie w ściśle określonych wskazaniach (m.in. dzieci, urazy, odcinek przedni).

W zakresie profilaktyki przepisy rozporządzenia nadal obejmują przede wszystkim populację dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia, a także kobiety w ciąży i połogu. Profilaktyczne świadczenia oferowane dorosłym w ramach systemu publicznego są ograniczone, co dodatkowo zwiększa konieczność wdrażania programów lokalnych.

W praktyce oznacza to, że populacja dorosłych nie jest standardowo obejmowana świadczeniami profilaktycznymi finansowanymi ze środków publicznych, a większość działań w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania zmian próchnicowych jest realizowana poza systemem publicznym - zwykle odpłatnie. W gminach, w których nie funkcjonują gabinety z kontraktem NFZ (w tym w Gminie Kleszczów na dzień listopad 2025 r.), dostęp do świadczeń gwarantowanych w praktyce nie istnieje, co istotnie uzasadnia konieczność prowadzenia lokalnego programu polityki zdrowotnej.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej pełnoletnich osób uczestniczących w programie, zamieszkałych na terenie Gminy Kleszczów, poprzez zmniejszenie liczby aktywnych zmian próchnicowych oraz zwiększenie odsetka osób stosujących prawidłowe zachowania higieniczne i profilaktyczne, w latach 2026-2028. Osiągnięcie celu głównego będzie mierzone poprzez porównanie wyników oceny stanu jamy ustnej oraz zachowań zdrowotnych uczestników przed rozpoczęciem programu i po jego zakończeniu.

II. 2 Cele szczegółowe

- Podniesienie poziomu wiedzy zdrowotnej dotyczącej czynników ryzyka, zasad higieny jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy u pełnoletnich mieszkańców Gminy Kleszczów biorących udział w działaniach edukacyjnych programu, w latach 2026-2028, rozumiane jako wzrost wyniku testu wiedzy o co najmniej 25% w porównaniu z wynikiem wyjściowym.
- Zwiększenie odsetka pełnoletnich osób stosujących prawidłowe techniki higieny jamy ustnej (mycie zębów co najmniej dwa razy dziennie oraz stosowanie dodatkowych form higieny) w populacji objętej programem, w latach 2026-2028, poprzez uzyskanie wzrostu tego odsetka o co najmniej 20% względem wartości wyjściowej.
- Zwiększenie odsetka osób dorosłych, u których wykonano profesjonalną ocenę stanu jamy ustnej wraz z oceną indywidualnego ryzyka próchnicy, tak aby co najmniej 85% uczestników programu zostało objętych pełną oceną kliniczną w latach 2026-2028.
- Zmniejszenie liczby aktywnych zmian próchnicowych wśród uczestników programu poprzez uzyskanie poprawy parametrów wskaźnika PUW dla zębów stałych co najmniej u 15% uczestników programu, w latach 2026-2028.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- Odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźnika PUW dla zębów stałych, w stosunku do wszystkich uczestników programu pełnoletnich mieszkańców Gminy Kleszczów, w latach 2026-2028, przyjmując za wartość oczekiwaną co najmniej 15% poprawy względem wartości wyjściowej.
- Odsetek osób, u których odnotowano wzrost poziomu wiedzy zdrowotnej dotyczącej profilaktyki próchnicy, czynników ryzyka oraz zasad higieny jamy ustnej, mierzony różnicą pomiędzy wynikiem pre-testu i post-testu, w latach 2026-2028, przyjmując wzrost wyniku testu o co najmniej 25% jako wartość oczekiwaną.
- Odsetek pełnoletnich osób deklarujących stosowanie prawidłowych technik higieny jamy ustnej (mycie zębów co najmniej dwa razy dziennie oraz stosowanie dodatkowych form higieny), w stosunku do wszystkich uczestników programu, w latach 2026-2028, przyjmując wzrost tego odsetka o co najmniej 20% jako wartość oczekiwaną.
- Odsetek uczestników, u których wykonano ocenę stanu jamy ustnej oraz ocenę indywidualnego ryzyka próchnicy, w latach 2026-2028, przyjmując za wartość oczekiwaną objęcie pełną oceną co najmniej 85% osób zakwalifikowanych do programu.

Wartości wskaźników określane będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

Pomiar efektywności będzie prowadzony w sposób ciągły - po każdym roku realizacji oraz w ramach ewaluacji końcowej. Wskaźniki będą analizowane z wykorzystaniem danych źródłowych: wyników testów wiedzy, dokumentacji realizatora programu, ankiet satysfakcji oraz danych epidemiologicznych NFZ i POZ.

Przyjęte wartości docelowe dla celu głównego oraz celów szczegółowych programu oparto na dotychczasowych doświadczeniach innych jednostek samorządu terytorialnego, które realizowały podobne programy z zakresu profilaktyki próchnicy. Procentowy poziom skuteczności działań mieści się w przedziale realnych i osiągalnych wyników potwierdzonych zarówno przez realizatorów programów JST, jak i praktykę kliniczno-epidemiologiczną.

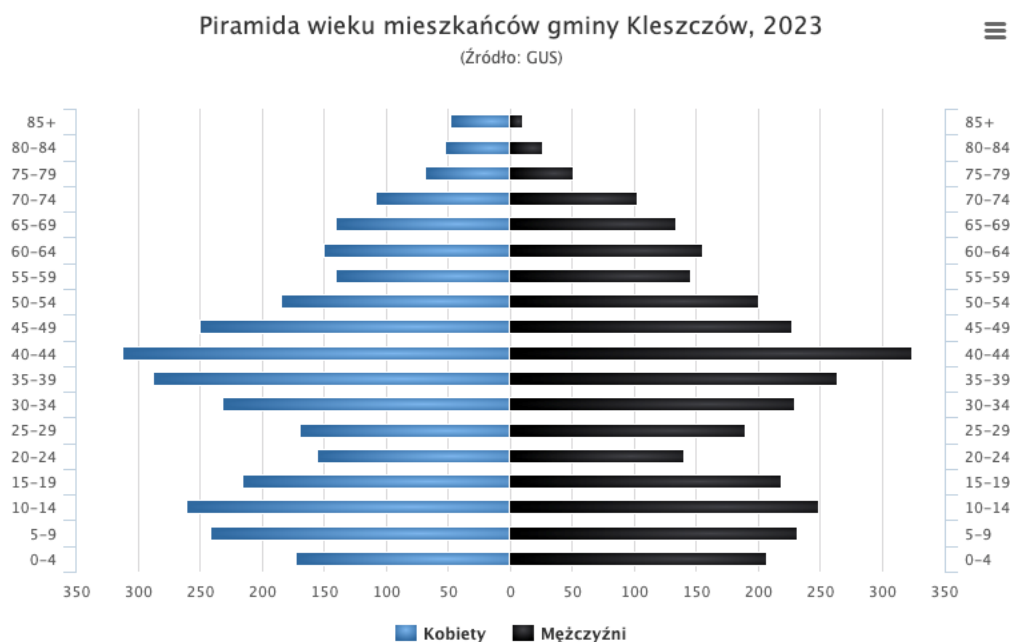
Wartości te zostały również zweryfikowane w trakcie konsultacji z ekspertami i przyjęte jako możliwe do uzyskania przy założeniu niezmiennego poziomu finansowania. W przypadku zmian organizacyjnych lub finansowych wartości celów będą poddawane stosownej korekcie po każdym roku realizacji, z zachowaniem ciągłości oceny efektywności.

Wartości wszystkich wskaźników będą określane zarówno przed rozpoczęciem programu, jak i po jego zakończeniu, a uzyskana zmiana oraz jej wielkość będą stanowić podstawę oceny skuteczności programu.

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

III.1 Populacja docelowa

Gmina Kleszczów według stanu na dzień 31.12.2024 r. ma 6 346 mieszkańców, z czego 50,9% stanowią kobiety, a 49,1% mężczyźni. Struktura demograficzna gminy charakteryzuje się znacznym udziałem osób w wieku produkcyjnym oraz stopniowym wzrostem udziału populacji w wieku 60+. Zgodnie z danymi GUS przedstawionymi w piramidzie wieku mieszkańców Gminy Kleszczów (2024 r.) zauważa się stabilną liczebność grup w wieku 20-49 lat oraz wyraźną obecność grup starszych, co uzasadnia potrzebę planowania działań ukierunkowanych na zdrowie jamy ustnej osób dorosłych, w tym seniorów.



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

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

Program kierowany jest do wszystkich pełnoletnich mieszkańców Gminy Kleszczów spełniających kryteria kwalifikacyjne.

Działania informacyjne będą kierowane do całej dorosłej populacji gminy, natomiast działania edukacyjne i diagnostyczne - do osób, które spełnią kryteria włączenia do programu.

Program będzie realizowany w latach 2026-2028, co oznacza, że populacja docelowa w ostatnim roku realizacji obejmie wszystkie osoby, które ukończą 18 lat do dnia 31 grudnia 2028 r. Wykorzystując dane demograficzne dostępne dla Gminy Kleszczów, uwzględnia się, że liczebność grup wiekowych wchodzących w skład populacji dorosłej będzie stopniowo rosła o roczniki, które osiągną pełnoletniość w latach realizacji programu.

Szczegółowe dane dotyczące liczebności grup wiekowych zawarto w tabeli 2.

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

Grupa wiekowa	Populacja kobiet	Populacja mężczyzn	Populacja całościowa
85+	48	10	58
80-84	52	26	78

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

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL:

https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Kleszczow

Dane te wskazują, że program obejmuje populację zróżnicowaną pod względem wieku, z przewagą osób w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym oraz istotną grupą osób starszych, u których ryzyko chorób jamy ustnej - w tym zaawansowanej próchnicy, chorób przyzębia oraz bezzębna - jest szczególnie wysokie.

Adresatami programu są wszystkie osoby pełnoletnie zameldowane na terenie Gminy Kleszczów, spełniające kryteria włączenia, określone szczegółowo w dalszej części dokumentu. Program ma charakter populacyjny, a działania edukacyjne i diagnostyczne będą realizowane z uwzględnieniem dostępności lokalnej opieki stomatologicznej oraz stwierdzonych w poprzednich edycjach programu potrzeb zdrowotnych mieszkańców, w tym wysokiego poziomu zaniedbań higienicznych i niskiego poziomu uczestnictwa w profilaktyce.

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

Kryteria włączenia do programu

Kryteria ogólne włączenia do programu dla populacji:

- ukończony 18. rok życia, potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu tożsamości zawierającego datę urodzenia;
- zameldowanie na terenie Gminy Kleszczów, potwierdzone zaświadczeniem z ewidencji ludności lub poprzez okazanie elektronicznego poświadczenia z aplikacji mObywatel;
- podpisanie przez uczestnika programu świadomej zgody na udział w programie; podpisany formularz zgody jest włączany do dokumentacji medycznej;
- brak przeciwwskazań medycznych uniemożliwiających wykonanie świadczeń profilaktycznych lub diagnostycznych.

Kryteria wyłączenia z programu:

- pozostawanie pod stałą, kompleksową opieką poradni stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych, obejmującą regularne (min. 2 razy w roku) wizyty profilaktyczne i kontrolne, udokumentowane w dokumentacji medycznej;
- brak pisemnej zgody na udział w programie;

- brak potwierdzenia zameldowania na terenie Gminy Kleszczów;
- brak dokumentu potwierdzającego wiek kwalifikujący do udziału;
- stwierdzenie przeciwwskazań medycznych w trakcie trwania programu, które mogłyby zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika lub uniemożliwiają wykonanie świadczenia.

Warunki udziału w poszczególnych częściach programu:

- **wizyta kwalifikacyjna** jest dostępna dla wszystkich osób spełniających kryteria włączenia; warunkiem wykonania działań jest podpisanie świadomej zgody;
- **działania informacyjno-edukacyjne** kierowane są do wszystkich osób zakwalifikowanych do programu, niezależnie od wyników wizyty kwalifikacyjnej;
- **świadczenia stomatologiczne** w ramach programu będą wykonywane wyłącznie u osób zakwalifikowanych podczas wizyty kwalifikacyjnej, u których stwierdzono zasadność wykonania interwencji profilaktycznej zgodnie z założeniami programu.

Zasady rekrutacji:

Uczestnicy będą przyjmowani do chwili osiągnięcia limitu osób przewidzianego w ofercie wybranego Realizatora/Realizatorów. Programem zostaną objęci wszyscy mieszkańcy populacji docelowej spełniający kryteria włączenia - do momentu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację programu.

Planowany okres realizacji programu: od stycznia 2026 r. do grudnia 2028 r.

Wszystkie działania diagnostyczne, edukacyjne i profilaktyczne muszą zostać zakończone w tym okresie.

III.3 Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z populacji docelowej, spełniający warunki włączenia do programu, będzie mógł skorzystać z bezpłatnych świadczeń stomatologicznych oraz działań edukacyjno-profilaktycznych w zakresie profilaktyki próchnicy zębów i chorób jamy ustnej. Program obejmuje zestaw interwencji, które stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych i odpowiadają na zdiagnozowane potrzeby zdrowotne mieszkańców Gminy Kleszczów.

1. Akcja informacyjna

Celem akcji informacyjnej jest dotarcie do możliwie jak największego odsetka dorosłych mieszkańców Gminy Kleszczów spełniających kryteria włączenia do programu. Działanie to ma zapewnić wysoką frekwencję, zwiększyć poziom świadomości zdrowotnej oraz umożliwić realne osiągnięcie celów programu.

Informacje o programie będą przekazywane za pomocą dostępnych kanałów komunikacji lokalnej, takich jak:

- oficjalna strona internetowa urzędu gminy,
- media lokalne, biuletyny informacyjne,
- gabloty i tablice ogłoszeń w urzędach, placówkach publicznych, sklepach, punktach usługowych,
- materiały drukowane (ulotki, plakaty),
- gabinety stomatologiczne realizujące program.

Dodatkowo informacja będzie rozpowszechniana podczas spotkań sołeckich, wydarzeń lokalnych oraz wizyt w instytucjach publicznych. Mieszkańcy otrzymają jasne informacje organizacyjne dotyczące zasad udziału w programie, etapów interwencji oraz możliwych korzyści zdrowotnych.

2. Rekrutacja uczestników

Realizator przed rozpoczęciem interwencji dokonuje kwalifikacji uczestników, obejmującej:

- weryfikację spełnienia kryteriów włączenia (wiek, zameldowanie),
- zebranie i archiwizację podpisanej świadomej zgody,
- potwierdzenie braku kryteriów wyłączenia (w tym brak stałej, regularnej opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych).

W przypadku działań edukacyjnych weryfikowane są jedynie kryteria ogólne (wiek, zameldowanie).

W przypadku interwencji medycznych niezbędne jest uzyskanie zgody na wykonanie procedur medycznych.

3. Kwalifikacja do działań w ramach programu

Kwalifikacja formalna może zostać przeprowadzona przez pracownika administracyjnego Realizatora.

Kwalifikację medyczną przeprowadza lekarz dentysta lub pielęgniarka posiadająca kwalifikacje do świadczeń stomatologicznych.

W ramach kwalifikacji medycznej przeprowadzane są:

- wywiad dotyczący czynników ryzyka próchnicy i stylu życia,
- badanie jamy ustnej,
- ocena wskaźników próchnicy (PUW),
- określenie potrzeby i zakresu dalszych interwencji.

Po zakwalifikowaniu uczestnika wykonywane są odpowiednie działania edukacyjne i stomatologiczne.

4. Szkolenia i działania edukacyjne dotyczące zapobiegania chorobom zębów i jamy ustnej

Działania edukacyjne są kierowane do całej dorosłej populacji zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów. Szkolenia mają na celu podniesienie świadomości zdrowotnej oraz propagowanie prawidłowych zachowań higienicznych i profilaktycznych. Tematyka szkoleń obejmuje m.in.:

- znaczenie regularnych kontroli stomatologicznych,
- właściwe techniki higieny jamy ustnej (szczotkowanie, nitkowanie, stosowanie płukanek z fluorem),
- wpływ diety na rozwój próchnicy,
- skutki zdrowotne nieleczonej próchnicy,
- korzyści wynikające z systematycznej profilaktyki.

Formy realizacji działań edukacyjnych:

- wykłady, prelekcje, warsztaty (ok. 60 minut),
- szkolenia indywidualne podczas wizyty u stomatologa,
- szkolenia on-line (webinary, telekonferencje),
- materiały audiowizualne, e-learning, broszury i ulotki,

- kampanie informacyjne w mediach i mediach społecznościowych.

Minimum dwa cykle edukacyjne w roku obejmujące pre-test i post-test wiedzy. Testy mogą być realizowane zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej. Materiały edukacyjne mogą pochodzić od Realizatora, instytucji publicznych lub towarzystw naukowych.

W ramach działań edukacyjnych dopuszcza się przekazanie drobnych materiałów wspomagających profilaktykę (szczoteczki, nici dentystyczne, próbki past), jeśli pozwolą na to środki finansowe.

5. Lekarska wizyta kwalifikacyjna

Wizyta kwalifikacyjna obejmuje:

- wywiad medyczny ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka próchnicy: spożycie cukrów, niedobory wapnia i witaminy D, częstotliwość szczotkowania, stosowanie past fluorowych, częstość wizyt kontrolnych;
- badanie stomatologiczne;
- ocenę wskaźników PUW;
- identyfikację pacjentów wymagających pilnej interwencji;
- dostosowanie dalszego postępowania (profilaktyka, leczenie).

6. Świadczenia profilaktyki stomatologicznej

Interwencje stomatologiczne realizowane w programie mają charakter uzupełniający względem świadczeń gwarantowanych. Zakłada się wykonywanie interwencji, które nie są finansowane przez NFZ lub mają ograniczony zakres refundacji w populacji dorosłych.

Przykładowe interwencje profilaktyczne:

- fluoryzacja kontaktowa,
- lakierowanie zębów,
- skaling i piaskowanie (profilaktyczne usuwanie złogów),
- stosowanie materiałów światłoutwardzalnych przy leczeniu zębów stałych (spoza katalogu świadczeń gwarantowanych),
- leczenie zachowawcze z użyciem materiałów kompozytowych,
- znieczulenia miejscowe (nasiętkowe lub przewodowe) wykonywane w połączeniu z innymi zabiegami.

Podstawowy zestaw świadczeń stomatologicznych w ramach programu obejmuje:

- badanie stomatologiczne wraz z oceną PUW,
- instruktaż higieny jamy ustnej,
- lakierowanie lub fluorowanie zębów stałych zgodnie z potrzebami uczestnika,
- leczenie ubytków w zębach stałych z użyciem materiałów kompozytowych światłoutwardzalnych,
- znieczulenia niezbędne do realizacji powyższych procedur,
- inne procedury wspierające profilaktykę, zgodne z zakresem programu.

Interwencje te stanowią integralny element programu i są realizowane wyłącznie u osób zakwalifikowanych podczas wizyty kwalifikacyjnej.

Propozycje możliwych do wykonania interwencji do uwzględnienia przez beneficjenta w programie, są zawarte w Tabeli 3.

Tabela 3. Grupy interwencji zaplanowane do realizacji w programie

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń Dz.U.2025 r., poz.615	Częstość wykonania świadczenia w ramach programu	Inne
1	Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej	Świadczenie jest udzielane 1 raz w roku kalendarzowym.	według potrzeb	badanie każdorazowo prowadzone w ramach wizyt i badań kontrolnych
2	Badanie lekarskie kontrolne	Świadczenie jest udzielane 3 razy w roku kalendarzowym.	według potrzeb	świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej
3	Konsultacja specjalistyczna	Świadczenie obejmuje badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniami diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi.	według potrzeb	świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej
4	Badanie żywotności zęba	Świadczenie obejmuje badanie żywotności zęba z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych.	według potrzeb	świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej
5	Rentgenodiagnostyka	Świadczenie obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia. Świadczenie jest udzielane do 2 zdjęć wewnątrzustnych w roku kalendarzowym w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi z wpisaniem opisu do dokumentacji medycznej.	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów

6	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	Świadczenie jest udzielane jako samodzielne znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi.	według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
7	Znieczulenie miejscowe nasiętkowe	Świadczenie jest udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi.	według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
8	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	Świadczenie jest udzielane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi.	według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
9	Leczenie próchnicy powierzchniowej - za każdy ząb	Świadczenie obejmuje również leczenie próchnicy początkowej.	według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
10	Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi - bezpośrednie pokrycie miazgi		według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów

11	Opatrunek leczniczy w zębie stałym		według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
12	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni		według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
13	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach		według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
14	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach		według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
15	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3 powierzchniach		według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów

16	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem		według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
17	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem		według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
18	Ekstirpacja przyżyciowa miazgi	Świadczenie - za każdy kanał.	według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
19	Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba	Świadczenie - za każdy kanał.	według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
20	Czasowe wypełnienie kanału	Świadczenie - za każdy kanał.		bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów

21	Wypełnienie kanału	Świadczenie - za każdy kanał.	według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
22	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 1 kanału ze zgorzelą miazgi	Świadczenie nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba.	według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
23	Usunięcie złogów nazębnych z całego łuku zębowego	Świadczenie jest udzielane 1 raz w roku kalendarzowym w obrębie całego uzębienia.	według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
24	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku	Świadczenie obejmuje każdą wizytę.	według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
25	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	Świadczenie obejmuje każdą wizytę.	według potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów

26	Kiretaż zwykły (zamknięty) w obrębie całego uzębienia	Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia i opatrunku.	według potrzeb	wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
27	Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą		według potrzeb	
28	Usunięcie zęba jednokorzeniowego	Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia.	według potrzeb	wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
29	Usunięcie zęba wielokorzeniowego	Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia.	według potrzeb	wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
30	Chirurgiczne usunięcie zęba	Świadczenie obejmuje usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe z zastosowaniem wiertła i dźwigni. Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia.	według potrzeb	wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów

31	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 3 zębodołów włącznie ze szwem		według potrzeb	wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
32	Założenie opatrunku chirurgicznego		według potrzeb	wraz ze znieczuleniem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
33	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnio leżącego ropnia, włącznie z drenażem i opatrunkiem	Świadczenie nie obejmuje odpowiedniego znieczulenia.	według potrzeb	wraz ze znieczuleniem i opatrunkiem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
34	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub szczęk	Świadczenie obejmuje tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy.	według potrzeb	
35	Repozycja i unieruchomienie zwłknięcia żuchwy		według potrzeb	

36	Lakierowanie zębów	Świadczenie dotyczy wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał - za każdą 1/4 łuku zębowego.	według potrzeb	świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
37	Wypełnienie ubytku korony zęba stałego	Świadczenie obejmuje także opracowanie ubytku zęba.	według potrzeb	świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej wraz ze znieczuleniem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
38	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych	Świadczenie dotyczy zębów stałych i obejmuje złamany, zniszczony kąt sieczny zęba.	według potrzeb	świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej wraz ze znieczuleniem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów

39	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa	Świadczenie dotyczy zębów stałych.	według potrzeb	świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
40	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 2 kanałów	Świadczenie nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba.	według potrzeb	świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej wraz ze znieczuleniem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
41	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 3 kanałów	Świadczenie nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba.	według potrzeb	świadczenie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej wraz ze znieczuleniem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów

42	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 2 kanałów ze zgorzelą miazgi	Świadczenie nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba.	według potrzeb	świadczanie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej wraz ze znieczuleniem bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
43	Usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów	Świadczenie jest udzielane nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia.	według potrzeb	świadczanie każdorazowo rozszerzone o instruktaż higieny jamy ustnej bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów

44	Rentgenodiagnostyka - zdjęcie pantomograficzne z opisem	Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży od 5. do ukończenia 18. roku życia w uzasadnionych medycznie przypadkach przy podejrzeniu nieprawidłowości rozwojowych zębów, zmian chorobowych w obrębie kości szczęk lub zapalenia przyzębia, diagnostyce ognisk infekcji zębo- i niezębopochodnych. Świadczenie obejmuje wykonanie techniczne zdjęcia wraz z przygotowaniem opisu badania oraz wpisaniem opisu zdjęcia w dokumentację medyczną pacjenta. Świadczenie jest udzielane 1 raz na 3 lata w połączeniu ze świadczeniami gwarantowanymi z zakresu stomatologii. Skierowanie wystawia lekarz dentysta posiadający specjalizację lub lekarz dentysta w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Lekarz kierujący na badanie ma obowiązek uzasadnić w treści skierowania konieczność wykonania badania. Wyposażenie niezbędne do realizacji świadczenia: aparat RTG do zdjęć zębowych lub radiowizjografia w lokalizacji lub w dostępie	wg potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
----	--	--	------------	---

45	Wypełnienie zapobiegawcze PRR typu 1	Świadczenie obejmuje opracowanie i wypełnienie ubytku próchnicowego na powierzchni żującej zęba oraz uszczelnienie zdrowych bruzd materiałem typu flow pierwszych i drugich trzonowców zębów stałych, w celu przeciwdziałania progresji i rozprzestrzenianiu się próchnicy na powierzchni żującej zęba.	wg potrzeb	bez limitu - w zależności od ustalonego planu leczenia w przypadku stwierdzenia u pacjenta uzasadnionych dolegliwości i objawów
----	--------------------------------------	---	------------	---

Źródło: opracowanie własne, na podstawie (Dz. U. z 2025 r., poz. 615).

W ramach programu możliwe będzie wykonanie pojedynczych zdjęć wewnątrzustnych z wykorzystaniem aparatu rentgenowskiego (RTG). Badania te będą wykonywane wyłącznie na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza dentystę przeprowadzającego kwalifikację lub wizytę kontrolną w ramach programu. Liczba zdjęć wewnątrzustnych nie będzie limitowana - zostanie każdorazowo określona przez lekarza dentystę w zależności od uzasadnionych potrzeb diagnostycznych, stwierdzonego stanu jamy ustnej, planu leczenia oraz konieczności monitorowania postępów interwencji profilaktycznych lub leczniczych. Dokumentacja z wykonanych badań RTG będzie stanowiła integralną część dokumentacji medycznej uczestnika programu.

W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości w stanie zdrowia jamy ustnej, w tym zmian wymagających pogłębionej diagnostyki lub leczenia specjalistycznego, uczestnicy programu będą informowani o konieczności podjęcia dalszych działań terapeutycznych oraz o dostępnych możliwościach wykonania badań uzupełniających poza programem, w tym w szczególności świadczeń finansowanych ze środków publicznych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizator jest zobowiązany do przekazania uczestnikowi informacji o zakresie i zasadach korzystania ze świadczeń gwarantowanych wynikających z aktualnie obowiązującego jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2025 poz. 615, z późn. zm.).

Zaplanowane interwencje w ramach programu będą realizowane przez Realizatora lub Realizatorów wyłonionych zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. 2024 poz. 146, z późn. zm.). Interwencje będą przeprowadzane na terenie Gminy Kleszczów, w lokalizacji wskazanej przez Realizatora, zapewniającej pełną dostępność dla uczestników programu oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami dotyczącymi warunków wykonywania działalności leczniczej.

Realizator programu musi dysponować odpowiednią kadrami medyczną i administracyjną oraz zapleczem lokalowym i sprzętowym umożliwiającym wykonanie świadczeń określonych w programie, w tym wyposażeniem niezbędnym do prowadzenia diagnostyki stomatologicznej (w tym badań RTG), realizacji świadczeń profilaktycznych oraz interwencji stomatologicznych przewidzianych w ramach programu. Realizator zobowiązany jest również do zapewnienia infrastruktury umożliwiającej bezpieczne i zgodne z prawem prowadzenie dokumentacji medycznej oraz realizację wszystkich działań określonych w programie polityki zdrowotnej.

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

Ze względu na charakter programu interwencje będą miały charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób stały przez cały okres jego realizacji. W celu zapewnienia jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń Realizator zobowiązany będzie do prowadzenia przyjęć w zróżnicowanych godzinach, umożliwiających udział zarówno osobom pracującym, jak i pozostającym poza rynkiem pracy. Informacje o godzinach przyjęć i sposobie zapisów będą rozpowszechniane za pomocą dostępnych środków komunikacji, w tym strony internetowej gminy, mediów lokalnych oraz materiałów informacyjnych dystrybuowanych na terenie Gminy Kleszczów.

Program ma charakter ciągły i będzie przebiegał w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania do udziału w programie będą systematycznie włączane kolejne osoby spełniające kryteria kwalifikacji. Udzielanie świadczeń w ramach programu nie będzie wpływać na dostępność do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Interwencje przewidziane w ramach programu należy traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Każdy uczestnik rozpoczynający udział w programie zostanie poinformowany o źródłach finansowania programu, zasadach jego realizacji oraz warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia udzielane w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a) działania edukacyjne mogą być kierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie, w celu wzmocnienia działań profilaktycznych i budowania prawidłowych nawyków zdrowotnych w całym gospodarstwie domowym;
- b) świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania określone w obowiązujących przepisach prawa, w szczególności dotyczących warunków wykonywania działalności leczniczej oraz wymagań sanitarno-higienicznych;
- c) świadczeń w ramach programu będzie udzielać kadra posiadająca kwalifikacje zgodne z przepisami regulującymi wykonywanie zawodu lekarza dentysty, higienistki stomatologicznej, asystentki stomatologicznej oraz personelu edukacyjnego biorącego udział w realizacji działań informacyjnych;
- d) dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona, przechowywana i zabezpieczana przez Realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi prowadzenia, udostępniania i ochrony dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych, w tym przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w Programie Polityki Zdrowotnej może nastąpić w następujących przypadkach:

- zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji, w szczególności wykonanie pełnego zakresu świadczeń profilaktycznych i stomatologicznych przewidzianych w ramach programu,
- dobrowolne zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w programie, niezależnie od etapu realizacji interwencji,
- zakończenie realizacji Programu Polityki Zdrowotnej przez Gminę Kleszczów po upływie okresu jego obowiązywania.

Z uwagi na ciągły charakter programu uczestnictwo trwa do momentu całkowitego wykonania zaplanowanych działań, w tym opracowania stwierdzonych ubytków, ukończenia interwencji profilaktycznych lub do formalnego zakończenia programu. Uczestnik ma możliwość rezygnacji z udziału na każdym etapie bez konieczności podawania przyczyny.

Możliwe jest również obligatoryjne zakończenie udziału uczestnika w programie w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia, w szczególności pojawienia się przeciwwskazań medycznych, braku spełnienia warunków kwalifikacji lub niespełnienia wymogów formalnych niezbędnych do dalszego udziału. W każdym przypadku wyłączenia uczestnika z programu konieczne jest sporządzenie pisemnego potwierdzenia wystąpienia przyczyny zakończenia udziału oraz dołączenie go do dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

W ramach Programu Polityki Zdrowotnej zaplanowano realizację następujących etapów i działań:

1. Powołanie rady ds. programu - opcjonalne

Na etapie przygotowawczym zostanie utworzona rada ds. programu, w skład której wejdą kluczowi interesariusze zaangażowani w prawidłową realizację i powodzenie programu, w tym przedstawiciele jednostki samorządu terytorialnego, lokalnych podmiotów leczniczych, instytucji publicznych oraz podmiotów odpowiedzialnych za prowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych.

Rada ds. programu pełni funkcję opiniująco-doradczą i wspierającą, w szczególności w zakresie:

- organizacji i koordynacji działań programu,
- opracowywania treści edukacyjnych i materiałów informacyjnych,
- zapewnienia współpracy ze środowiskami medycznymi i pozamedycznymi,
- nadzorowania spójności działań realizatorów.

Koordinator PPZ - odpowiedzialny za praktyczną i merytoryczną realizację programu - pełni funkcję przewodniczącego rady (zalecane) lub jej członka.

Wydatki związane z działalnością rady ds. programu nie mogą przekroczyć 5% całkowitego budżetu programu.

2. Opracowanie harmonogramu i wstępnego budżetu PPZ.

Na tym etapie zostaną ustalone szczegółowe terminy realizacji wszystkich elementów programu oraz przygotowany zostanie wstępny budżet obejmujący koszty interwencji medycznych, działań edukacyjnych, kampanii informacyjnej oraz ewaluacji.

Projekt PPZ zostanie następnie przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji celem uzyskania opinii, o której mowa w art. 48a ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Przeprowadzenie konkursu ofert.

Po uzyskaniu opinii AOTMiT jednostka samorządu terytorialnego przeprowadzi konkurs ofert w trybie określonym w art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu wyboru podmiotów realizujących program.

4. Wybór realizatorów i przygotowanie do wdrożenia.

Po rozstrzygnięciu konkursu JST podpisuje umowy z realizatorami programu.

Na tym etapie dopuszcza się organizację szkoleń dla realizatorów, których celem jest zapoznanie personelu medycznego i administracyjnego ze szczegółowymi zapisami programu, harmonogramem, wskaźnikami, wymaganiami sprawozdawczymi oraz zasadami prowadzenia dokumentacji.

5. Realizacja interwencji zaplanowanych w programie.

W okresie obowiązywania PPZ realizowane będą następujące działania:

- wizyta kwalifikacyjna,
- działania edukacyjno-informacyjne,
- szkolenia dla uczestników,
- interwencje profilaktyczne i stomatologiczne zgodnie z zakresem programu,
- działania monitorujące stan zdrowia jamy ustnej uczestników.

Wszystkie interwencje muszą być prowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zasadami bezpieczeństwa oraz szczegółowym zakresem określonym w PPZ.

6. Bieżące zbieranie danych i monitorowanie programu.

Realizatorzy są zobowiązani do systematycznego gromadzenia danych dotyczących liczby uczestników, rodzaju udzielonych świadczeń, efektów zdrowotnych oraz wyników edukacji. Dane te służą monitorowaniu przebiegu programu i przygotowaniu rocznego raportu z realizacji (oceny okresowej), zawierającego analizę zgodności realizacji z założonym harmonogramem i wskaźnikami.

7. Zakończenie realizacji PPZ.

Po wykonaniu wszystkich zaplanowanych działań i zakończeniu okresu obowiązywania programu JST formalnie zamyka jego realizację.

8. Rozliczenie finansowe PPZ.

Realizatorzy dokonują końcowego rozliczenia finansowego zgodnie z zawartymi umowami, a jednostka samorządu terytorialnego weryfikuje poprawność poniesionych kosztów i kompletność sprawozdawczości.

9. Ewaluacja końcowa i raport do AOTMiT.

Po zakończeniu realizacji całego programu opracowany zostanie kompleksowy raport końcowy obejmujący ocenę efektywności interwencji, analizę zgodności z harmonogramem, osiągnięte wskaźniki oraz wnioski na przyszłość.

Raport końcowy, wraz z pierwotnym programem, który został wdrożony do realizacji, zostanie przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Ad 4. Wybór realizatora

Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w drodze konkursu ofert, przeprowadzonego zgodnie z art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do realizacji programu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub oferenci, których partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą, pod warunkiem, że wszystkie świadczenia medyczne wynikające z programu zostaną wykonane wyłącznie przez podmiot posiadający odpowiedni status i spełniający wymogi określone w przepisach prawa.

Ad 5. Akcja informacyjna

Akcja informacyjna będzie skierowana do wszystkich mieszkańców Gminy Kleszczów, ze szczególnym uwzględnieniem populacji docelowej programu. Jej celem jest zapewnienie szerokiej dostępności informacji o możliwości uczestnictwa w programie, zakresie zaplanowanych interwencji, warunkach kwalifikacji oraz korzyściach płynących z profilaktyki chorób jamy ustnej.

W działaniach informacyjnych mogą zostać wykorzystane:

- lokalne media (prasa, radio, portale internetowe),
- oficjalne kanały komunikacji jednostki samorządu terytorialnego (strona internetowa, media społecznościowe),
- lokalne podmioty lecznicze, przychodnie i gabinety stomatologiczne,
- instytucje publiczne, placówki oświatowe i ośrodki wsparcia społecznego,
- materiały drukowane - plakaty, ulotki, broszury edukacyjne,
- dystrybucja informacji podczas zebrań wiejskich, spotkań z sołtysami oraz innych lokalnych inicjatyw społecznych.

W materiałach informacyjnych zostaną przedstawione: zagrożenia wynikające z nieleczzonej próchnicy, znaczenie regularnych badań kontrolnych oraz szczegółowe uwarunkowania

organizacyjne programu, tak aby zapewnić maksymalne dotarcie do populacji uprawnionej do udziału.

Ad 7 Monitoring działań

Monitoring działań będzie prowadzony w sposób ciągły przez cały okres realizacji programu. Obejmuje on:

- analizę zgłaszalności uczestników na poszczególne etapy interwencji,
- monitorowanie kompletności udzielanych świadczeń i zgodności ich wykonania z założeniami programu,
- wewnętrzną kontrolę jakości udzielanych świadczeń,
- bieżącą ocenę realizacji działań edukacyjno-informacyjnych.

Każdy uczestnik, po zakończeniu udziału w programie, zostanie poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej dotyczącej poziomu satysfakcji, jakości zrealizowanych świadczeń, odbioru działań edukacyjnych oraz indywidualnie odczuwanych efektów programu.

Zebrane dane posłużą Realizatorowi do sporządzenia raportów rocznych lub sprawozdań przedkładanych jednostce samorządu terytorialnego finansującej program.

Ad 9 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu

Ewaluacja końcowa programu rozpocznie się po zakończeniu realizacji wszystkich interwencji i potrwa do 3 miesięcy. Jej celem jest kompleksowa ocena efektywności, jakości oraz skuteczności działań podjętych w ramach programu polityki zdrowotnej.

Ewaluacja obejmie w szczególności:

- analizę efektywności działań edukacyjnych na podstawie wyników testów wiedzy (pre-test i post-test),
- analizę zgłaszalności i dostępności świadczeń,
- ocenę jakości udzielonych świadczeń stomatologicznych, w tym analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników,
- analizę stopnia realizacji i osiągnięcia mierników efektywności,
- ocenę spójności i kompletności prowadzonej dokumentacji medycznej i sprawozdawczej.

Efektom ewaluacji będzie raport końcowy z realizacji programu, zawierający: opis przebiegu interwencji, analizę osiągniętych rezultatów, ocenę efektywności zdrowotnej i organizacyjnej oraz rekomendacje dotyczące dalszych działań profilaktycznych w populacji Gminy Kleszczów. Raport końcowy zostanie przekazany jednostce samorządu terytorialnego oraz - zgodnie z ustawą - do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

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

Zaplanowane interwencje w ramach programu będą realizowane na terenie Gminy Kleszczów przez Realizatora lub Realizatorów wyłonionych w konkursie ofert, przeprowadzonym zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. 2024 poz. 146, z późn. zm.). Wszystkie procedury diagnostyczne, profilaktyczne i terapeutyczne wykonywane w ramach programu będą realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi wytycznymi klinicznymi oraz przepisami prawa regulującymi zasady wykonywania działalności leczniczej.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji będą spełniały wymagania określone w przepisach dotyczących warunków wykonywania działalności leczniczej, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów sanitarno-epidemiologicznych. Lokalizacja

świadczeń musi zapewniać pełną dostępność dla wszystkich uczestników, w tym dla osób z niepełnosprawnościami (np. odpowiednie podjazdy, drzwi o właściwej szerokości, toaleta przystosowana do potrzeb osób poruszających się na wózkach). Realizator zapewni również dostęp do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, w tym co najmniej jednego przystosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Realizator programu zobowiązany jest do dysponowania zapleczem lokalowym, sprzętowym i technicznym niezbędnym do prawidłowej realizacji świadczeń przewidzianych w programie, w tym:

- wyposażeniem gabinetu stomatologicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- sprzętem stomatologicznym, profilaktycznym i zabiegowym dopuszczonym do obrotu na terytorium RP,
- sprzętem diagnostycznym, w tym aparatem RTG do zdjęć wewnątrzustnych lub dostępem do jego wykonania na zasadach zapewniających ciągłość realizacji programu,
- materiałami stomatologicznymi zarejestrowanymi i dopuszczonymi do stosowania na terenie Polski, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami naukowymi,
- zasobami technicznymi niezbędnymi do prowadzenia działań edukacyjnych (materiały audiowizualne, sprzęt multimedialny, możliwość prowadzenia szkoleń on-line).

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona, archiwizowana i udostępniana zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącego dokumentacji medycznej, ochrony danych osobowych oraz bezpieczeństwa informacji, w tym z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Podmiot realizujący program będzie dysponował personelem posiadającym kwalifikacje odpowiednie do wykonywania świadczeń przewidzianych w programie, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz innymi przepisami regulującymi zasady wykonywania zawodu:

1. Personel kwalifikujący do programu:

- lekarz dentysta oraz
- pielęgniarka lub higienistka stomatologiczna - zgodnie z zakresem posiadanych uprawnień.

2. Personel realizujący działania informacyjne i edukacyjne:

- lekarz dentysta,
- pielęgniarka,
- higienistka stomatologiczna,
- asystent medyczny,
- edukator zdrowotny.

Wybór osób prowadzących działania edukacyjne odbywa się z uwzględnieniem ich kompetencji, doświadczenia oraz posiadanych kwalifikacji potwierdzających przygotowanie do prowadzenia edukacji zdrowotnej.

3. Personel wykonujący świadczenia w zakresie profilaktyki stomatologicznej:

- zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi prowadzenia działalności leczniczej i realizacji świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych lub w ramach programów zdrowotnych.

Realizator będzie zobowiązany do zapewnienia sprzętu pomocniczego odpowiedniego do prowadzenia działań edukacyjnych, w tym materiałów szkoleniowych, narzędzi multimedialnych oraz infrastruktury umożliwiającej prowadzenie szkoleń zarówno w formie stacjonarnej, jak i on-line. Ponadto musi zapewnić warunki organizacyjne i techniczne umożliwiające realizację programu zgodnie z wytycznymi przekazanymi przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz z obowiązującymi przepisami prawa.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Monitoring i ewaluacja programu będą prowadzone w sposób ciągły w całym okresie jego realizacji i obejmą trzy zasadnicze obszary oceny:

1. zgłaszalność uczestników do programu, stanowiącą podstawowe kryterium bieżącego monitorowania jego przebiegu;
2. jakość realizowanych świadczeń profilaktycznych, edukacyjnych i stomatologicznych;
3. efektywność interwencji ocenianą na podstawie mierników epidemiologicznych oraz rezultatów osiągniętych przez uczestników programu.

Analiza tych obszarów umożliwi stałą ocenę prawidłowości realizacji programu oraz ocenę jego trwałości i długofalowego wpływu na stan zdrowia jamy ustnej populacji Gminy Kleszczów.

Kontynuacja/trwałość programu

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

V.1 Monitorowanie

Monitorowanie programu będzie prowadzone w sposób ciągły aż do zakończenia jego realizacji. Podstawowym elementem monitoringu jest ocena zgłaszalności uczestników, mierzona liczbą osób, które wyraziły zgodę na udział w programie oraz skorzystały z poszczególnych świadczeń. Dane dotyczące zgłaszalności będą odniesione do liczebności populacji docelowej oraz harmonogramu działań przewidzianych w programie.

W ramach monitoringu analizowane będą m.in.:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i odbyły wizytę kwalifikacyjną,
- liczba osób objętych działaniami edukacyjno-informacyjnymi,
- liczba osób, które wzięły udział w poszczególnych interwencjach stomatologicznych i profilaktycznych,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach,
- liczba osób, które ukończyły zaplanowane interwencje zgodnie z harmonogramem.

Realizator będzie zobowiązany do prowadzenia bieżącej ewidencji wszystkich uczestników programu w formie elektronicznej bazy danych (np. arkusz Microsoft Excel), zawierającej co najmniej:

- datę wyrażenia zgody na udział w programie,
- zgody na przetwarzanie danych osobowych i na kontakt (numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL uczestnika wraz ze zgodą na jego wykorzystanie na potrzeby oceny efektów zdrowotnych,
- informacje o udzielonych świadczeniach (wizyta kwalifikacyjna, działania edukacyjne, interwencje profilaktyczne),
- datę i powód zakończenia udziału w programie (zakończenie interwencji, rezygnacja, wykluczenie na podstawie kryteriów formalnych lub medycznych).

W ramach monitoringu szczególna uwaga zostanie zwrócona na osoby, które pomimo wyrażenia zgody nie przystąpiły do świadczeń lub zrezygnowały z udziału na poszczególnych

etapach programu. Analiza przyczyn rezygnacji pozwoli na identyfikację barier uczestnictwa oraz na podjęcie działań ograniczających ich wpływ w kolejnych latach realizacji programu.

Jakość świadczeń realizowanych w ramach programu może zostać poddana ocenie przez niezależnego eksperta z dziedziny stomatologii, np. konsultanta wojewódzkiego. Ocena ta obejmie m.in. poprawność merytoryczną i organizacyjną programu, adekwatność stosowanych procedur do obowiązujących standardów oraz zgodność działań realizatorów z założeniami programu.

Na potrzeby monitorowania jakości świadczeń każdy uczestnik programu, po zakończeniu udziału, będzie proszony o wypełnienie anonimowej ankiety oceny satysfakcji. Kwestionariusz zostanie przygotowany przez Realizatora i udostępniony uczestnikom w formie papierowej lub elektronicznej. Zebrane ankiety zostaną poddane analizie pod kątem zgłaszanych uwag, poziomu zadowolenia oraz oceny organizacji i jakości udzielanych świadczeń. Wyniki zostaną ujęte w raportach okresowych oraz raporcie końcowym z realizacji programu.

Do raportu końcowego należy dołączyć zbiorcze dane dotyczące jakości świadczeń, np. procentowy udział opinii pozytywnych wśród wszystkich ankiet oceny jakości.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja programu stanowi systematyczne, zaplanowane badanie społeczno-ekonomiczne, którego celem jest ocena jakości, wartości oraz skuteczności programów publicznych. Jej zadaniem jest podniesienie jakości projektowania, wdrażania oraz zarządzania programami polityki zdrowotnej, a także ocena ich wpływu na populację objętą interwencją. Ewaluacja obejmuje analizę skuteczności działań, ocenę efektywności wykorzystania środków finansowych, ocenę wpływu programu na stan zdrowia populacji oraz identyfikację czynników, które zadecydowały o sukcesie lub trudnościach w realizacji interwencji.

Proces ewaluacji umożliwia nie tylko krytyczną ocenę udzielanej pomocy, jej jakości i adekwatności, ale również stanowi narzędzie doskonalenia systemu wdrażania programu i jego działań. Badania ewaluacyjne pozwalają identyfikować dobre praktyki, wskazywać rozwiązania, które mogą zostać wykorzystane w kolejnych edycjach programu lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego, a także formułować wnioski dotyczące polityki zdrowotnej w zakresie poprawy spójności społecznej, terytorialnej i zdrowotnej.

Za ocenę efektywności programu odpowiada Instytucja finansująca program, która dokonuje jej na podstawie informacji, raportów okresowych i sprawozdań przekazywanych przez Realizatora lub Realizatorów. Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu wszystkich działań przewidzianych w programie polityki zdrowotnej. Jej podstawą jest porównanie stanu wyjściowego populacji przed rozpoczęciem interwencji ze stanem po zakończeniu realizacji programu, z wykorzystaniem mierników efektywności wskazanych w programie.

Ewaluacja programu zostanie przeprowadzona po zakończeniu wszystkich działań zaplanowanych w ramach programu polityki zdrowotnej, w terminie do 3 miesięcy od zakończenia jego realizacji. Celem ewaluacji będzie ocena skuteczności, efektywności oraz jakości interwencji podejmowanych w programie, a także analiza stopnia osiągnięcia jego celów zdrowotnych i edukacyjnych.

W ramach ewaluacji zostanie dokonana analiza następujących elementów:

- efektywności działań edukacyjnych, ocenianej na podstawie wyników testów wiedzy (pre-test i post-test), pozwalających określić zmianę poziomu wiedzy uczestników,
- zgłaszalności do programu, ocenianej na podstawie sprawozdań rocznych Realizatora, z uwzględnieniem liczby zgód na udział, liczby osób zakwalifikowanych, liczby uczestników działań edukacyjnych, liczby osób korzystających ze świadczeń profilaktycznych oraz liczby rezygnacji,
- jakości udzielanych świadczeń, ocenianej na podstawie analizy ankiet satysfakcji wypełnianych anonimowo przez uczestników programu, obejmujących ocenę organizacji działań, przebiegu wizyt, jakości komunikacji oraz poziomu zadowolenia,
- efektywności klinicznej i zdrowotnej, ocenianej na podstawie mierników efektywności przewidzianych w programie, w tym m.in. zmian wartości wskaźników PUW i OHI-S, odsetka osób, u których poprawił się stan zdrowia jamy ustnej, oraz odsetka osób, u których odnotowano poprawę zachowań higienicznych.

Ponadto ewaluacja będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w rozdziale „Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej”. Weryfikacji podlegać będzie w szczególności:

- odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia jamy ustnej w oparciu o wartości wskaźników PUW dla zębów stałych,
- odsetek osób, u których doszło do pogłębienia próchnicy pomimo przeprowadzonych interwencji profilaktycznych,
- liczba osób, u których odnotowano wzrost poziomu wiedzy dotyczącej próchnicy (na podstawie wyników testu pre- i post-test),
- odsetek osób, u których nastąpiła poprawa higieny jamy ustnej oceniana na podstawie wskaźnika OHI-S.

Jeżeli dostępne będą odpowiednie dane epidemiologiczne, ewaluacja powinna uwzględniać także:

- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w populacji uczestników oraz w populacji spełniającej kryteria włączenia,
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w populacji uczestników oraz w populacji spełniającej kryteria włączenia.

Należy podkreślić, że w przypadku działań z zakresu profilaktyki próchnicy zębów rzeczywisty wpływ programu ujawnia się dopiero w perspektywie wieloletniej i zależy od utrzymania trwałości efektów zdrowotnych po zakończeniu interwencji. Ewaluacja będzie zatem obejmowała zarówno ocenę wyników bezpośrednich, jak i efektów długoterminowych.

Wyniki ewaluacji zostaną zestawione i opisane w raporcie końcowym, który zostanie przekazany Instytucji finansującej wraz z pierwotnym egzemplarzem programu wdrożonego do realizacji. Raport końcowy będzie stanowił podstawę do oceny stopnia realizacji celów programu oraz do podjęcia decyzji dotyczących jego kontynuacji lub modyfikacji w kolejnych latach.

W celu zapewnienia najwyższej jakości procesu ewaluacji jednostka samorządu terytorialnego może rozważyć przeprowadzenie ewaluacji przez eksperta zewnętrznego posiadającego doświadczenie w ocenie programów zdrowotnych lub w zakresie profilaktyki stomatologicznej. Pozwoli to na uzyskanie rzetelnych, obiektywnych i praktycznych wniosków, które mogą zostać wykorzystane w projektowaniu kolejnych edycji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2026-2028 została przeznaczona kwota 1 500 000 zł rocznie, co daje 4 500 000 zł na cały trzyletni okres trwania programu. Wysokość środków została określona na podstawie zakresu interwencji stomatologicznych, działań edukacyjnych i diagnostycznych przewidzianych w programie oraz aktualnych potrzeb zdrowotnych populacji dorosłych mieszkańców Gminy Kleszczów.

Przy opracowywaniu kosztorysu przyjęto następującą metodologię: na podstawie danych dotyczących liczebności populacji określono potencjalną liczbę osób kwalifikujących się do udziału w programie. Koszty jednostkowe przypisane poszczególnym świadczeniom diagnostycznym, edukacyjnym i stomatologicznym przemnożono przez szacowaną liczbę uczestników. W kalkulacji ujęto również koszty przygotowawcze, w tym koszty kampanii informacyjnej, organizacji wizyty kwalifikacyjnej, przeprowadzenia działań edukacyjnych, prowadzenia dokumentacji, a także monitorowania i ewaluacji programu.

Koszty programu zostały podzielone na koszty bezpośrednie oraz koszty pośrednie.

Koszty bezpośrednie obejmują wszystkie wydatki związane z realizacją interwencji przewidzianych w programie - m.in. wizyty kwalifikacyjne, świadczenia stomatologiczne, badania diagnostyczne, działania edukacyjne oraz interwencje profilaktyczne.

Koszty pośrednie to wydatki niezbędne do zapewnienia prawidłowej organizacji i obsługi programu, lecz niezwiązane bezpośrednio z samą interwencją zdrowotną. Obejmują one m.in. koszty materiałów promocyjnych i informacyjnych, obsługi administracyjnej, zabezpieczenia systemu obsługi dokumentacji, a także monitorowania i ewaluacji programu. Zgodnie z zasadami finansowania programów polityki zdrowotnej, koszty pośrednie mogą stanowić nie więcej niż 15% kosztów bezpośrednich i będą rozliczane ryczałtowo.

Przedstawione wyliczenia mają charakter symulacji, a ostateczne koszty będą zależne od projektów złożonych w konkursie ofert na realizację programu. Poszczególne podmioty mogą przedstawić różne modele organizacyjne i różne kalkulacje kosztów jednostkowych, co przełoży się na ostateczny kształt budżetu. Wydatki mogą różnić się także w zależności od liczby uczestników, zastosowanych materiałów profilaktycznych, zakresu diagnostyki, a także kosztów pracy personelu medycznego.

W przypadku zmian organizacyjnych lub finansowych - takich jak zmiana wysokości środków przeznaczonych na realizację programu przez Instytucję finansującą lub zmiana cen jednostkowych świadczeń - liczba uczestników programu będzie odpowiednio dostosowana do dostępnych zasobów. Może to skutkować zarówno zwiększeniem, jak i zmniejszeniem liczby osób objętych programem w latach 2026-2028.

Program zakłada trzyletni okres realizacji. Wszelkie zmiany w zakresie finansowania w trakcie trwania programu będą miały bezpośredni wpływ na jego zakres, skalę oraz możliwą liczbę uczestników objętych interwencją.

VI.1 Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje wszystkie wydatki związane zarówno z przygotowaniem, organizacją oraz realizacją programu polityki zdrowotnej, jak i z przeprowadzeniem świadczeń

zdrogotnych przewidzianych w interwencji. W skład kosztów jednostkowych wchodzą w szczególności: koszty działań przygotowawczych, kampanii informacyjnej, wizyt kwalifikacyjnych, świadczeń stomatologicznych, działań edukacyjnych, zakupu materiałów profilaktycznych, a także diagnostyki obrazowej wykonywanej w uzasadnionych przypadkach (np. zdjęcia RTG).

Poniższa tabela przedstawia symulację kosztów rocznych w ramach programu realizowanego w latach 2026-2028, przy założeniu finansowania programu na poziomie 1 500 000 zł rocznie.

Tabela 4. Rodzaje i wysokość kosztów rocznych działań w ramach programu

Lp.	Działanie	Suma koszt całkowity
Koszty pośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)		
1.	Ewaluacja i monitorowanie	10.000 zł
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	10.000 zł
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	10.000 zł
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	15.000 zł
suma kosztów pośrednich		45.000 zł
Koszty bezpośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)		
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych	25.000 zł
2.	Koszt przeprowadzenia każdej interwencji zaplanowanej w ramach programu wraz z zakupem gadżetów promocyjnych dla uczestników programu	1.405.000 zł
3.	Koszt realizacji edukacji dla uczestników programu	15.000 zł
4.	Koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego	10.000 zł
suma kosztów bezpośrednich		1.455.000 zł
SUMA CAŁKOWITA ROCZNA		1.500.000 zł

Źródło: opracowanie własne

Znając poziom finansowania programu oraz liczebność populacji docelowej, szacuje się, że w okresie trzech lat realizacji (2026-2028) programem będzie można objąć działaniami profilaktycznymi i stomatologicznymi około 100% populacji spełniającej kryteria włączenia. Przy rocznym budżecie programu na poziomie 1 500 000 zł, przy uwzględnieniu zarówno kosztów interwencji stomatologicznych, jak i kosztów organizacyjnych, administracyjnych oraz edukacyjnych, szacunkowy koszt jednostkowy programu w przeliczeniu na jednego uczestnika wyniesie około 1 500 zł na osobę.

VI.2 Koszty całkowite

Planowane koszty realizacji programu całościowe oraz w poszczególnych latach wykazane są w tabeli 5.

Tabela 5. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu

Lp.	Działanie	2026 rok	2027 rok	2028 rok	Suma koszt całkowity
Koszty pośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)					
1.	Ewaluacja i monitorowanie	10.000 zł	10.000 zł	10.000 zł	30.000 zł
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	10.000 zł	10.000 zł	10.000 zł	30.000 zł
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	10.000 zł	10.000 zł	10.000 zł	30.000 zł
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	15.000 zł	15.000 zł	15.000 zł	45.000 zł
suma kosztów pośrednich rocznie		45.000 zł	45.000 zł	45.000 zł	135.000 zł
Koszty bezpośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)					
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych	25.000 zł	25.000 zł	25.000 zł	75.000 zł
2.	Koszt przeprowadzenia każdej interwencji zaplanowanej w ramach programu wraz z zakupem gadżetów promocyjnych dla uczestników programu	1.405.000 zł	1.405.000 zł	1.405.000 zł	4.215.000 zł
3.	Koszt realizacji edukacji dla uczestników programu	15.000 zł	15.000 zł	15.000 zł	45.000 zł
4.	Koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego	15.000 zł	15.000 zł	15.000 zł	45.000 zł
suma kosztów bezpośrednich rocznie		1.455.000 zł	1.455.000 zł	1.455.000 zł	4.365.000 zł
SUMA CAŁKOWITA		1.500.000 zł	1.500.000 zł	1.500.000 zł	4.500.000 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucję finansującą program

na lata 2026-2028. Realizator/Realizatorzy na etapie opracowania wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 4.500.000 zł** w latach 2026-2028.

VI.3 Źródła finansowania

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

Gmina Kleszczów w okresie realizacji programu bierze pod uwagę możliwość ubiegania się o dofinansowanie do 40% kosztów działań realizowanych w ramach programu przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. z 2017 r. poz. 9).

VII. Bibliografia

Opinia RP / AOTMiT

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

Raporty AOTMiT

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

Źródła rekomendacji

1. American Academy of Pediatric Dentistry (2022). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Consequences and Preventive Strategies.
2. American Academy of Pediatric Dentistry (2022). Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry.
3. National Health Service (2021). Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention.
4. Olczak-Kowalczyk D., Mielczarek A., Kaczmarek U. et al. (2022). Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych - rekomendacje Polskich Ekspertów. Nowa Stomatologia, 27(2): 35-59.
5. US Preventive Services Task Force (2021). Screening and Interventions to Prevent Dental Caries in Children Younger Than 5 Years. JAMA, 326(21): 2172-2178.

Źródła dowodów wtórnych

1. Chou R., Pappas M., Dana T. et al. (2021). Screening and Interventions to Prevent Dental Caries in Children Younger Than 5 Years. JAMA, 326(21): 2179-2192.
2. Chou R., Bougatsos C., Griffin J. et al. (2023). Screening, Referral, Behavioral Counseling, and Preventive Interventions for Oral Health in Children and Adolescents Aged 5-17 Years. JAMA, 330(17): 1674-1686.
3. Choubey S., Patil A., Talekar A. L. et al. (2022). Nanosilver fluoride as a caries arresting agent in children: A systematic review and meta-analysis. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 40(3): 230-238.
4. Colvara B.C., Faustino-Silva D.D., Meyer E. et al. (2023). Motivational interviewing for preventing early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol. 49(1): 10-16.
5. Davidson T., Blomma C., Bågesund M. et al. (2021). Cost-effectiveness of caries preventive interventions - a systematic review. Acta Odontol Scand. 79(4): 309-320.
6. Dhyppolito I.M., Nadanovsky P., Cruz L.R. (2023). Economic evaluation of fluoride varnish application in preschoolers: A systematic review. Int J Paediatr Dent. 33(5): 431-449.
7. Faghihian R., Faghihian E., Kazemi A. et al. (2020). Impact of motivational interviewing on early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. J Am Dent Assoc. 151(9): 650-659.
8. Faisal M. R., Mishu M. P., Jahangir F. et al. (2022). Effectiveness of behaviour change interventions delivered by non-dental health workers in promoting children's oral health: A systematic review and meta-analysis. PLoS One, 17(1): e0262118.
9. He S., Choong E.K.M., Duangthip D. et al. (2023). Clinical interventions with various agents to prevent early childhood caries: A systematic review with network meta-analysis. Int J Paediatr Dent. 33(5): 507-520.
10. Kashbour W., Gupta P., Worthington H.V. et al. (2020). Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. CD003067.
11. Khan S.Y., Schroth R.J., Cruz de Jesus V. et al. (2024). A systematic review of caries risk in children <6 years of age. Int J Paediatr Dent. 34(4): 410-431.

12. Lam P.P.Y., Sardana D., Ekambaram M. et al. (2020). Effectiveness of Pit and Fissure Sealants for Preventing and Arresting Occlusal Caries in Primary Molars: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Evid Based Dent Pract.* 20(2): 101404.
13. Luo B. W., Liang N. L., Townsend J. A. et al. (2024). Sugar substitutes on caries prevention in permanent teeth among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 146: 105069.
14. Manchanda S., Sardana D., Liu P. et al. (2022). Topical fluoride to prevent early childhood caries: Systematic review with network meta-analysis. *J Dent.* 116: 103885.
15. Ramamurthy P., Rath A., Sidhu P. et al. (2022). Sealants for preventing dental caries in primary teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* CD012981.
16. Rashed T., Alkhalefa N., Adam A. et al. (2022). Pit and Fissure Sealant versus Fluoride Varnish for the Prevention of Dental Caries in School Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Clin Pract.* 8635254.
17. Wong M. C. M., Zhang R., Luo B. W. et al. (2024). Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* CD007693.
18. Yu L., Yu X., Li Y. et al. (2021). The additional benefit of professional fluoride application for children as an adjunct to regular fluoride toothpaste: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 25(6): 3409-3419.

Problem zdrowotny / epidemiologia

1. Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2024). Mapy potrzeb zdrowotnych. Mapa potrzeb na lata 2022-2026.
2. Ministerstwo Zdrowia (2021). Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej na lata 2016-2020.
3. Najwyższa Izba Kontroli (2024). Dostępność do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych.
4. Olczak-Kowalczyk D., Mielczarek A., Kaczmarek U. et al. (2021). Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia populacji polskiej. Podsumowanie wyników badań z lat 2016-2019.
5. Olczak-Kowalczyk D., Turska-Szybka A., Woynarowska-Sołdan M. et al. (2021). Wiedza i zachowania zdrowotne a próchnica zębów u dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2016-2019.
6. Olczak-Kowalczyk D., Turska-Szybka A., Tomczyk J. et al. (2021). Uwarunkowania stanu zdrowia jamy ustnej i uszkodzenia urazowe zębów u dzieci i młodzieży w Polsce w 2020 roku.
7. Portal Stomatologa (2023). Systemy oznaczania zębów.

VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

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

Data wypełnienia ankiety:

Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna Wiek:

Data wizyty:

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

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

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Punktualność</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Udzielenie pełnej informacji o szczepieniu, możliwych działaniach niepożądanych oraz postępowaniu po szczepieniu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

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

Inne uwagi

--

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

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

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór

WZÓR

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

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

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

.....
Data i czytelny podpis i pieczęć

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO), wyłącznie w celu realizacji, monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)
Uczestnika/Uczestniczki

.....
Data i czytelny podpis

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca realizatora programu

.....
Data i czytelny podpis i pieczęć
Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO)

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym: imienia, nazwiska, wieku, numeru PESEL, danych kontaktowych) przez

- (nazwa realizatora) jako Administratora danych, w celu:
- potwierdzenia mojego uczestnictwa w programie,
 - prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości,
 - realizacji obowiązków wynikających z przepisów o programach polityki zdrowotnej.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w jasny, zrozumiały i jednoznaczny sposób.

Mam świadomość, że:

- przysługuje mi prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie,
- przysługuje mi prawo dostępu do moich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- dane będą przetwarzane wyłącznie w związku z realizacją programu i nie będą przekazywane osobom trzecim poza przypadkami przewidzianymi prawem.

.....
Data i czytelny podpis

Uczestnika/Uczestniczki programu

ORYGINAŁ/KOPIA

ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

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

Data wypełnienia ankiety:

Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna Wiek:

Data wizyty:

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

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

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

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

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

Inne uwagi dotyczące działań edukacyjnych

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

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

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

ZAŁĄCZNIK 4. Sprawozdanie częściowe

Sprawozdanie częściowe z realizacji programu
do umowy z dnia r. z realizacji Programu Polityki Zdrowotnej
w okresie od dnia r. do dnia r.

.....
(nazwa placówki realizującej Program)

Rodzaj wykonanych świadczeń (nazwa świadczenia)	Liczba poszczególnych świadczeń	Liczba osób którym udzielono świadczenia	Wielkość wydatkowanych środków w zł	Uwagi
RAZEM				
Zajęcia edukacyjne	Liczba zajęć edukacyjnych	Liczba uczestników	Wielkość wydatkowanych środków w zł	
RAZEM				

.....
Data i podpis osoby sporządzającej
upoważnionej/ sprawozdanie

.....
Data i podpis osoby /osób/
upoważnionych do reprezentacji

ZAŁĄCZNIK 5. Sprawozdanie końcowe

Sprawozdanie końcowe z realizacji programu

do umowy z dnia r. z realizacji programu polityki zdrowotnej
w okresie od dnia r. do dnia r.

.....
(nazwa placówki realizującej Program)

Rodzaj wykonanych świadczeń	Liczba poszczególnych świadczeń	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	Wielkość wydatkowanych środków w zł
Badanie			
Profilaktyka stomatologiczna			
Leczenie choroby próchnicowej zębów			
Liczba osób przyjętych w ramach programu			
Opisowa ocena realizacji programu			

.....
Data i podpis osoby sporządzającej
upoważnionej/ sprawozdanie

.....
Data i podpis osoby /osób/
upoważnionych do reprezentacji

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr XXII/187/2025
Rady Gminy Kleszczów
z dnia 25 listopada 2025 r.



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

w zakresie
profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.)

Kleszczów, listopad 2025 r.
Urząd Gminy Kleszczów

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



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

Spis treści

Spis treści	3
Spis tabel:	4
Spis rycin:	4
Podstawa przygotowania programu	5
I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	6
I.1 Opis problemu zdrowotnego	6
Wczesna próchnica dziecięca (ECC)	6
Przebieg choroby próchnicowej w wieku 0-18 lat	8
Patofizjologia i biologiczne uwarunkowania rozwoju próchnicy u dzieci	9
Konsekwencje nieleczzonej próchnicy w dzieciństwie - perspektywa medyczna i społeczna	10
Uzasadnienie konieczności stworzenia programu polityki zdrowotnej	11
Profilaktyka próchnicy	12
I.2 Dane epidemiologiczne	13
Epidemiologia województwo łódzkie	16
I.3. Opis obecnego postępowania	18
Świadczenia gwarantowane	19
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	21
II.1 Cel główny	21
II. 2 Cele szczegółowe	21
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	22
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	24
III.1 Populacja docelowa	24
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	24
Kryteria włączenia do programu	24
Kryteria wyłączenia z programu:	25
III.3 Planowane interwencje	25
1. Akcja informacyjna	26
2. Rekrutacja uczestników	26
3. Kwalifikacja do działań w ramach programu	26
4. Szkolenia i działania edukacyjne dotyczące zapobiegania chorobom zębów i jamy ustnej	27
5. Lekarska wizyta kwalifikacyjna	28
6. Świadczenia profilaktyki stomatologicznej	29
III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	30
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	31
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	33
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	33
Ad 4. Wybór realizatora	34
Ad 5. Akcja informacyjna	34
Ad 7 Monitoring działań	35
Ad 9 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu	35
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	35
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	38
V.1 Monitorowanie	38
V.2 Ewaluacja	39
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	42
VI.1 Koszty jednostkowe	42

VI.2 Koszty całkowite	44
VI.3 Źródła finansowania.....	45
VII. Bibliografia	46
VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora	48
ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór	48
ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór	49
ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne.....	51
ZAŁĄCZNIK 4. Sprawozdanie częściowe	52
ZAŁĄCZNIK 5. Sprawozdanie końcowe.....	53

Spis tabel:

Tabela 4. Rodzaje i wysokość kosztów rocznych działań w ramach programu.....	43
Tabela 5. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu	44

Spis rycin:

Rycina 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy, w tym w krajach EU	14
Rycina 2. Piramida wieku mieszkańców gminy Kleszczów, 2023 rok.....	24

Podstawa przygotowania programu

Niniejszy program polityki zdrowotnej zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285) oraz został przygotowany w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

Program stanowi kontynuację programu polityki zdrowotnej Gminy Kleszczów ocenionego opinią Prezesa AOTMiT nr 66/2022 z dnia 27 grudnia 2022 r.

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

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 55/2025 z dnia 7 kwietnia 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży, Raportu nr OT.434.1.2025 „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”, data ukończenia raportu: kwiecień 2025 oraz Raportu nr: OT.423.8.2019 „Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”, data ukończenia raportu: kwiecień 2020.

Po zakończeniu realizacji obecnej edycji programu w grudniu 2025 r. zostanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, przygotowany raport końcowy z realizacji programu i przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

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

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Choroby jamy ustnej, a w szczególności próchnica zębów, stanowią jeden z najpoważniejszych i najczęściej występujących problemów zdrowotnych w populacji dzieci i młodzieży. Według WHO oraz Global Oral Health Status Report 2022, choroba próchnicowa pozostaje najpowszechniejszym schorzeniem przewlekłym wieku rozwojowego, dotyczącym dzieci na całym świecie niezależnie od statusu ekonomicznego, miejsca zamieszkania czy dostępu do opieki stomatologicznej. Próchnica jest chorobą infekcyjną o charakterze przewlekłym i wieloczynnikowym, a jej rozwój wiąże się z zaburzeniem równowagi mikroflory endogennej, podatnością tkanek zęba oraz obecnością węglowodanów w diecie - co stanowi połączenie szczególnie istotne u dzieci.

Próchnica u dzieci rozwija się szybciej niż u dorosłych, ponieważ szkliwo zębów mlecznych i świeżo wyrzniętych zębów stałych jest cieńsze, mniej zmineralizowane i bardziej podatne na demineralizację. W populacji pediatrycznej obserwuje się także wysoką wrażliwość na czynniki środowiskowe i behawioralne, takie jak: nieprawidłowa dieta, niewystarczająca higiena jamy ustnej, brak nadzoru dorosłych, niska świadomość zdrowotna i niewystarczająca ekspozycja na fluor.

W świetle definicji WHO z 2022 r., próchnica jest procesem o pochodzeniu zewnątrzustrojowym, zależnym od czasu ekspozycji na kwasy powstające w wyniku metabolizmu cukrów przez bakterie próchnicotwórcze, przede wszystkim *Streptococcus mutans* i *Lactobacillus* spp. Choroba może manifestować się w postaci przebarwień, odwapnień, ubytków lub powikłań zapalnych tkanek okołowierzchołkowych.

W populacji pediatrycznej problem ten przybiera szczególnie niepokojący wymiar ze względu na wysoką dynamikę rozwoju zmian, częste zaniedbania higieniczne oraz opóźnienia w zgłaszaniu się do stomatologa - co potwierdzają analizy Ministerstwa Zdrowia oraz wyniki krajowych badań epidemiologicznych.

Wczesna próchnica dziecięca (ECC)

Szczególną uwagę zwraca rosnący odsetek przypadków wczesnej próchnicy dziecięcej (Early Childhood Caries - ECC), definiowanej jako obecność co najmniej jednego zęba z próchnicą, ubytkiem lub wypełnieniem u dziecka poniżej 6. roku życia. ECC rozwija się gwałtownie i może prowadzić do poważnych powikłań, takich jak bóle, ropnie, trudności w jedzeniu, zaburzenia snu, a także wpływać na rozwój psychoruchowy dziecka.

W Polsce wczesna próchnica ma charakter niemal epidemiczny - występuje u ok. 41% dzieci w wieku 3 lat, co znacząco przekracza średnią europejską. Dla porównania, zgodnie z analizami WHO, w krajach Europy Zachodniej wartość ta wynosi 12-16%.

Czynniki ryzyka i środowisko rodzinne

Czynniki ryzyka rozwoju próchnicy u dzieci są zarówno indywidualne, jak i środowiskowe. Zgodnie z rekomendacją Prezesa AOTMiT nr 42/2025, szczególne znaczenie mają:

1. Czynniki behawioralne:

- częste podjadanie produktów bogatych w cukry,
- nocne karmienie mlekiem modyfikowanym lub sokami,
- spożywanie napojów słodzonych,
- niewłaściwa technika szczotkowania zębów,
- zbyt wczesne lub zbyt późne rozpoczęcie higieny.

2. Czynniki związane z opiekunami:

- niski poziom wiedzy zdrowotnej rodziców,
- brak kontroli nad higieną dziecka,
- przekonanie, że zęby mleczne „i tak wypadną”,
- nieprawidłowe nawyki żywieniowe w rodzinie.

3. Czynniki społeczne i ekonomiczne:

- niski status ekonomiczny,
- ograniczony dostęp do stomatologa (szczególnie w regionach bez kontraktu NFZ),
- brak lokalnych programów profilaktycznych.

4. Czynniki biologiczne:

- mała ilość śliny (np. u dzieci odwodnionych, chorujących),
- predyspozycje genetyczne,
- mutacje w mikrobiomie jamy ustnej.

Zgodnie z raportami AAPD i ACFF, kluczowym elementem profilaktyki jest aktywne zaangażowanie rodziców i opiekunów, a także edukacja przyszłych rodziców - co AOTMiT wprost nakazuje w rekomendacji 42/2025.

Znaczenie próchnicy dla zdrowia ogólnego dziecka

Próchnica wpływa nie tylko na stan jamy ustnej, lecz także na funkcjonowanie całego organizmu.

U dzieci może prowadzić do:

- zaburzeń masy ciała (niedowaga, zaburzenia wzrostu),
- trudności w przyjmowaniu pokarmów,
- zaburzeń mowy,
- przewlekłych stanów zapalnych,
- zwiększonego ryzyka hospitalizacji z powodu powikłań,
- niższej jakości życia,
- problemów szkolnych i psychospołecznych.

Próchnica jest chorobą, której w ponad 90% przypadków można zapobiec — pod warunkiem prowadzenia systemowych działań profilaktycznych.

Choroby jamy ustnej, w tym próchnica zębów, mają w populacji pediatrycznej charakter chorób społecznych, co wynika z ich rozpowszechnienia, długotrwałego przebiegu, wieloczynnikowej etiologii oraz negatywnych następstw zdrowotnych i psychospołecznych, które wpływają na rozwój dziecka, jego funkcjonowanie szkolne, relacje rówieśnicze, a w dłuższej perspektywie - na stan uzębienia w wieku dorosłym. Choroby te rozwijają się często bezobjawowo, a pierwsze symptomy mogą pojawiać się dopiero w zaawansowanym stadium, kiedy niezbędne jest leczenie zachowawcze, endodontyczne lub ekstrakcyjne.

Próchnica mlecznego i stałego uzębienia u dzieci jest chorobą dynamiczną, która - przy braku interwencji - prowadzi do destrukcji tkanek, powikłań zapalnych, a także zaburzeń rozwoju narządu żucia.

Nieleczona próchnica zębów mlecznych wpływa na:

- wcześniejszą utratę zębów,
- zaburzenia rozwoju szczęki i żuchwy,
- wady zgryzu,
- zaburzenia ustawienia zębów stałych,
- nieprawidłową funkcję żucia i mowy.

Próchnica zębów mlecznych jest niezależnym czynnikiem predykcyjnym próchnicy zębów stałych.

Badania longitudinalne wykazują, że niemal każde dziecko z nieleczonymi zmianami w zębach mlecznych będzie wymagało leczenia stomatologicznego w okresie wczesnoszkolnym i w wieku nastoletnim, a intensywność zmian w wieku 3-5 lat koreluje z poziomem PUWZ w wieku 12 i 18 lat.

Przebieg choroby próchnicowej w wieku 0-18 lat

Okres niemowlęcy i wczesnodziecięcy (0-3 lata)

Jest to okres największego ryzyka rozwoju ECC.

Znaczenie mają:

kolonizacja jamy ustnej bakteriami od opiekunów (tzw. vertical transmission),

- nocne karmienie butelką,
- intensywna ekspozycja na napoje słodzone,
- niewystarczająca higiena (często nieobecna do 12-18 miesiąca życia),
- brak wizyt adaptacyjnych u stomatologa.

Zgodnie z wytycznymi AAPD i ACFF, pierwsza wizyta u stomatologa powinna odbyć się do ukończenia 12. miesiąca życia, co w Polsce nadal jest rzadkie.

Wiek przedszkolny (3-6 lat)

W tej grupie rozwija się największa liczba nowych ubytków w uzębieniu mlecznym.

Próchnica u dzieci przedszkolnych postępuje szybko i często obejmuje:

- powierzchnie wargowe siekaczy,
- bruzdy zębów trzonowych,
- okolice szyjek zębowych.

Dane epidemiologiczne wskazują, że dzieci w wieku przedszkolnym mają niską kontrolę nad higieną, a samodzielne szczotkowanie jest nieskuteczne bez nadzoru dorosłych do ok. 7.-8. roku życia.

Wiek szkolny (6-12 lat)

To okres wyrzynania się zębów stałych, szczególnie pierwszych trzonowców, które są najbardziej podatne na rozwój ubytków.

Ich powierzchnie żujące są anatomicznie sprzyjające retencji płytki bakteryjnej, dlatego lakowanie staje się kluczowym elementem profilaktyki (co wprost podkreśla rekomendacja 42/2025).

W tym wieku obserwuje się:

- wzrost liczby nowych ubytków w zębach stałych,
- zbyt rzadkie wizyty kontrolne,
- wpływ szkoły i środowiska rówieśniczego na nawyki żywieniowe.

Wiek młodzieńczy (13-18 lat)

W tej grupie wiekowej istotne są:

- częstość spożywania napojów energetycznych i słodzonych,
- spadek nadzoru rodzicielskiego,
- nieregularne posiłki,
- duża konsumpcja cukrów prostych,
- stres szkolny i zmienne nawyki.

AOTMiT w rekomendacji 42/2025 podkreśla, że w wieku 18 lat aż 93,2% młodzieży ma próchnicę.

Jest to wynik utrzymujących się przez lata zaniedbań, niewystarczającej profilaktyki i niskiej świadomości zdrowotnej.

Patofizjologia i biologiczne uwarunkowania rozwoju próchnicy u dzieci

Proces próchnicowy u dzieci rozwija się szybciej i intensywniej niż u dorosłych. Wynika to z:

1. Budowy anatomicznej zębów mlecznych i stałych świeżo wyrżniętych:

- cienkie szkliwo,
- niższy stopień mineralizacji,
- szeroki obszar porowaty w okolicy połączenia szkliwno-zębinowego,
- niższa kwasoodporność tkanek twardych.

2. Odmiennej fizjologii śliny u dzieci:

- mniejsza ilość,
- niższa zdolność buforowania,
- zmienne pH w zależności od diety i stanu zdrowia,
- szybsza demineralizacja przy częstym spożywaniu słodkich napojów.

3. Dominacji kwasotwórczych bakterii w mikrobiomie dziecięcym:

W szczególności:

- *Streptococcus mutans*,
- *Streptococcus sobrinus*,
- *Lactobacillus spp.*

Badania AAPD (2022) wyraźnie wskazują, że wczesna kolonizacja jamy ustnej dziecka bakteriami *S. mutans* (często przeniesionymi od matki) ma kluczowe znaczenie dla ciężkości przebiegu próchnicy w późniejszych latach.

4. Skutków behawioralnych i środowiskowych:

- wysoka dostępność słodczy w diecie,
- słodkie przekąski w szkole,
- brak obowiązkowych programów fluoryzacyjnych,
- późne pierwsze wizyty u stomatologa.

Konsekwencje nieleczonej próchnicy w dzieciństwie - perspektywa medyczna i społeczna

Próchnica zębów mlecznych i stałych prowadzi do szeregu powikłań, które mają charakter zarówno kliniczny, jak i społeczny, rodzinny oraz edukacyjny.

Konsekwencje kliniczne:

- ostre bóle zębów,
- ropnie okołowierzchołkowe,
- zakażenia rozprzestrzeniające się na okoliczne tkanki,
- hospitalizacje z powodu powikłań zapalnych,
- konieczność leczenia w znieczuleniu ogólnym,
- utrata zębów mlecznych i stałych,
- zaburzenia żucia, połykania i mowy.

Konsekwencje rozwojowe i psychospołeczne:

- trudności w nauce i koncentracji,
- absencja szkolna,
- problemy z integracją społeczną,
- obniżona samoocena i wstyd związany z wyglądem uzębienia.

WHO (2022) wykazała, że dzieci z nieleczoną próchnicą mają istotnie niższą jakość życia w obszarze zdrowia jamy ustnej (OHQoL), a problemy te nasilają się wraz z wiekiem.

Konsekwencje długoterminowe - perspektywa dorosłości:

- utrwalone złe nawyki higieniczne i żywieniowe,
- zwiększone ryzyko chorób przyzębia,
- wyższe koszty leczenia stomatologicznego w dorosłości,
- wpływ na zdrowie ogólne (np. stany zapalne o niskim nasileniu).

Wymiar społeczny, ekonomiczny i systemowy problemu próchnicy u dzieci

Próchnica w populacji pediatrycznej nie jest jedynie problemem medycznym, lecz również wyzwaniem społecznym i organizacyjnym, którego skutki przenoszą się na rodziny, placówki oświatowe oraz system ochrony zdrowia. W rozumieniu zdrowia publicznego próchnica spełnia wszystkie kryteria choroby cywilizacyjnej: wysoką częstość występowania, przewlekłość, wieloczynnikowość, zależność od stylu życia i środowiska oraz konsekwencje wpływające na funkcjonowanie całego społeczeństwa.

W Polsce brak powszechnych, jednolitych i długoterminowych rozwiązań profilaktycznych, a dostępność do stomatologii dziecięcej w ramach NFZ jest niewystarczająca. W wielu gminach - tak jak w Gminie Kleszczów - nie funkcjonuje świadczeniodawca stomatologiczny posiadający kontrakt z NFZ, co w praktyce oznacza konieczność korzystania z usług komercyjnych lub rezygnację z regularnych kontroli. To znacząco pogłębia nierówności społeczne i zdrowotne.

Obciążenie rodzin i opiekunów

Rodzice ponoszą konsekwencje:

- kosztów leczenia (w tym leczenia w narkozie),
- czasu poświęconego na wizyty,
- konieczności reorganizacji pracy,

- stresu związanego z bólem i lękiem dziecka.

Leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym, konieczne w przypadkach zaawansowanej próchnicy lub niewspółpracujących dzieci, często wiąże się z wysokimi kosztami i długim oczekiwaniem.

Konsekwencje dla systemu zdrowia

Nieleczona próchnica prowadzi do:

- zwiększenia liczby hospitalizacji,
- wzrostu kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych,
- obciążenia poradni chirurgicznych i anestezjologicznych,
- konieczności wykonywania zabiegów pod narkozą.

Według analiz MZ i AOTMiT, profilaktyka populacyjna jest wielokrotnie tańsza niż leczenie zaawansowanych zmian próchnicowych.

Konsekwencje edukacyjne i społeczne

Dzieci z bólem zęba częściej:

- opuszczają zajęcia szkolne,
- mają problemy z koncentracją,
- osiągają gorsze wyniki w nauce,
- przejawiają wycofanie społeczne.

Badania wskazują, że dzieci z widocznymi ubytkami zębowymi częściej doświadczają drwin i stygmatyzacji ze strony rówieśników. W dłuższej perspektywie może to prowadzić do problemów emocjonalnych oraz obniżonego poczucia własnej wartości.

Uzasadnienie konieczności stworzenia programu polityki zdrowotnej

Zgodnie z Rekomendacją Prezesa AOTMiT nr 42/2025, program profilaktyki próchnicy u dzieci i młodzieży powinien być wdrażany na poziomie lokalnym, obejmując:

- edukację zdrowotną dzieci, młodzieży, rodziców i przyszłych rodziców,
- przeglądy stomatologiczne z oceną ryzyka próchnicy,
- zabiegi profilaktyczne adekwatne do poziomu ryzyka,
- monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej,
- powtarzalność interwencji w cyklach rocznych i wieloletnich.

AOTMiT podkreśla również rolę jednostek samorządu terytorialnego w uzupełnianiu luki systemowej w zakresie stomatologii dziecięcej, szczególnie w gminach bez dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Wprowadzenie programu w Gminie Kleszczów ma na celu:

- wyrównywanie nierówności zdrowotnych,
- umożliwienie dzieciom dostępu do profilaktyki zgodnej z aktualną wiedzą,
- zwiększenie świadomości rodziców,
- objęcie edukacją przyszłych rodziców,
- wczesne identyfikowanie i eliminowanie czynników ryzyka,

- zmniejszenie liczby nowych przypadków próchnicy,
- zmniejszenie liczby powikłań i hospitalizacji,
- poprawę jakości życia dzieci i młodzieży.

Profilaktyka próchnicy

Profilaktyka próchnicy obejmuje działania edukacyjne, higieniczne i dietetyczne oraz profesjonalne interwencje profilaktyczne. Skuteczność zapobiegania próchnicy zależy od ograniczenia czynników ryzyka i wprowadzania trwałych, prozdrowotnych nawyków. Wyróżnia się profilaktykę zbiorową, grupową oraz indywidualną (domową i profesjonalną). Do najważniejszych działań profilaktycznych należą: prawidłowa higiena jamy ustnej (w tym szczotkowanie zębów co najmniej dwa razy dziennie pastą z odpowiednią zawartością fluoru), dieta uboga w cukry proste i napoje słodzone, regularne wizyty kontrolne u stomatologa oraz stosowanie zabiegów fluoryzacyjnych. W aktualnych rekomendacjach klinicznych oraz wytycznych eksperckich (FDI 2022, WHO 2022, ACFF 2023, AOTMiT 2025) podkreśla się rolę oceny indywidualnego ryzyka próchnicy, prowadzenia edukacji zdrowotnej dostosowanej do wieku i poziomu ryzyka.

W populacji pediatrycznej profilaktyka próchnicy powinna mieć charakter kompleksowy, obejmujący działania edukacyjne, diagnostyczne, zabiegowe oraz środowiskowe. Każdy komponent musi być powiązany z oceną ryzyka próchnicy, zgodnie z zaleceniami AOTMiT i międzynarodowych towarzystw stomatologicznych.

1. Edukacja zdrowotna (dzieci, młodzież, rodzice, przyszli rodzice)

Edukacja jest fundamentem profilaktyki.

AOTMiT wymaga, aby była kierowana do:

- dzieci i młodzieży 0-18 lat,
- rodziców i opiekunów,
- kobiet w ciąży i przyszłych rodziców w szkołach rodzenia.

Treści edukacyjne obejmują:

- etiologię próchnicy,
- rolę płytki bakteryjnej,
- znaczenie prawidłowej higieny jamy ustnej,
- technikę szczotkowania (BCS - brush, clean, spit),
- znaczenie fluoru i jego bezpieczeństwo,
- ograniczanie spożycia cukrów prostych,
- czytanie etykiet produktów,
- nawodnienie i fizjologię śliny,
- rolę kontroli rodzicielskiej,
- wpływ próchnicy na rozwój dziecka.

Edukacja rodziców i przyszłych rodziców obejmuje również:

- ryzyko przenoszenia bakterii *S. mutans*,
- właściwy moment wprowadzenia higieny,
- znaczenie pierwszej wizyty do 12. miesiąca życia,

- higienę jamy ustnej kobiet w ciąży.

2. Przegląd stomatologiczny z oceną ryzyka próchnicy

Ocena ryzyka obejmuje:

- badanie jamy ustnej zgodne z wytycznymi WHO oraz AAPD,
- ocenę nawyków higienicznych i dietetycznych,
- identyfikację czynników środowiskowych i rodzinnych,
- ocenę ekspozycji na fluor,
- ocenę wcześniejszych epizodów próchnicy.

Poziomy ryzyka:

- niskie - brak aktywnych zmian próchnicowych, dobre nawyki, ekspozycja na fluor,
- umiarkowane - pojedyncze zmiany, niewystarczająca higiena, zmienne nawyki żywieniowe,
- wysokie - ECC, liczne zmiany próchnicowe, niski status socjoekonomiczny, brak nadzoru.

3. Zabiegi profilaktyczne adekwatne do ryzyka

Lakierowanie fluorem

- minimum 2 razy w roku
- przy wysokim ryzyku - 4 razy w roku

Lakowanie bruzd zębów trzonowych i przedtrzonowych

- zęby stałe świeżo wyrżnięte,
- zęby mleczne z głębokimi bruzdami (jeśli wskazane).

Fluoryzacja miejscowa

- żele, lakiery, preparaty akredytowane,
- zgodnie z zaleceniami AAPD.

4. Monitorowanie stanu jamy ustnej

Wymagane jest:

- dokumentowanie poziomu ryzyka,
- ponowne badanie po 6 lub 12 miesiącach,
- edukacja modyfikowana zgodnie z wynikami oceny.

5. Fluoryzacja w środowisku szkolnym

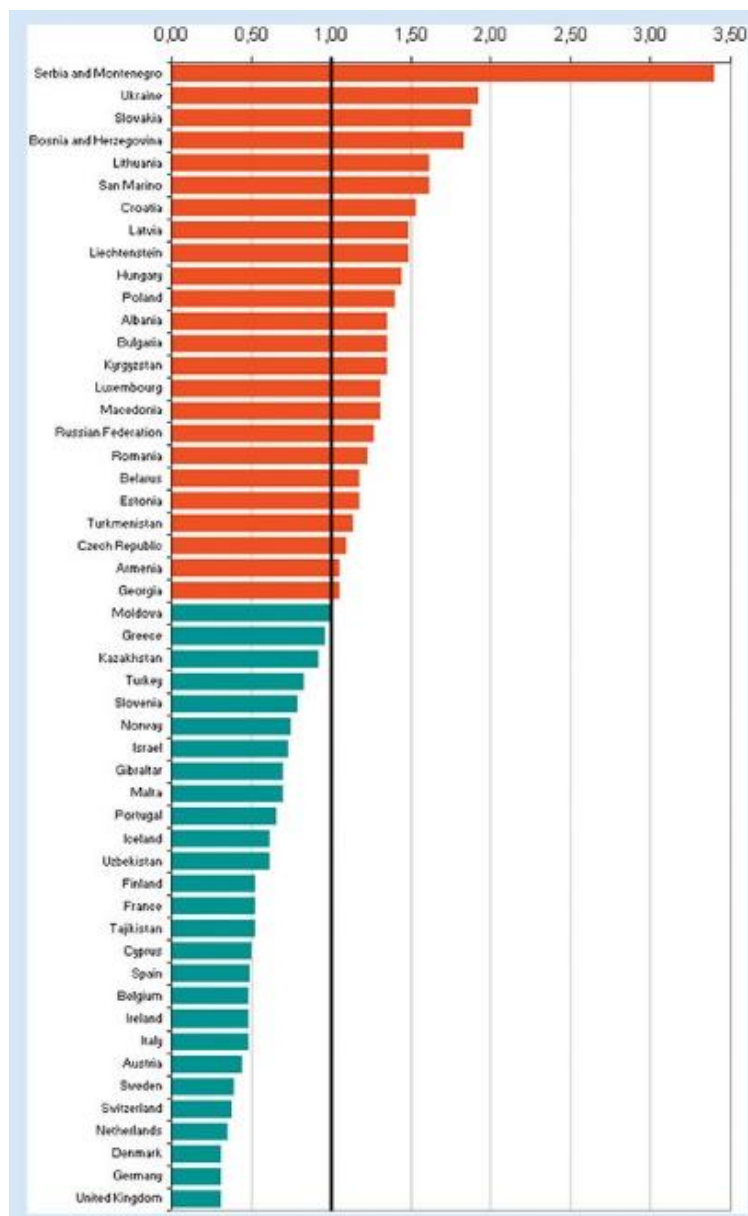
Zgodnie z rekomendacją WHO i AOTMiT, działania szkolne stanowią podstawowy element profilaktyki populacyjnej.

I.2 Dane epidemiologiczne

Według danych WHO na całym świecie 60-90% dzieci w wieku poniżej 7 lat ma ubytki w zębach. Powikłania próchnicy, mogące prowadzić do utraty zębów, występują u 15-20% populacji w wieku 35-44 lata. Na świecie około 30% osób w wieku 65-74 lata utraciło wszystkie swoje zęby. Choroby jamy ustnej w grupie dzieci i dorosłych częściej występują wśród osób o niskim statusie ekonomicznym i społecznym. Należy pamiętać, że próchnica to nie tylko problem estetyki zębów. Szacuje się, że nieleczona próchnica może skutkować zwiększonym ryzykiem występowania w przyszłości raka jamy ustnej. Ryzyko to wynosi od 1 do 10 przypadków na 100 tys. osób i jest wyższe wśród mężczyzn, osób starszych oraz osób z niskim

poziomem wykształcenia i niskimi dochodami. WHO wskazuje, iż rak jamy ustnej znajduje się na 8. miejscu najczęściej występujących nowotworów na świecie i jego globalna zachorowalność rośnie (WHO Global Oral Health Status Report 2022).

Rycina 1 przedstawia występowanie próchnicy w 53 krajach, w tym w 24 krajach Unii Europejskiej. Czerwonym kolorem zaznaczono kraje, w których ryzyko względne występowania próchnicy jest większe od średniej europejskiej. Największe ryzyko względne notuje się w Serbii i Czarnogórze. Polska znajduje się mniej więcej w środku grupy krajów (11. pozycja) o podwyższonym ryzyku.



Rycina 1. Ryzyko względne (RR) występowania próchnicy, w tym w krajach EU

Źródło: Moreira R.S.: Epidemiology of Dental Caries in the World, Brasil 2012; <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/29340.pdf>

Próchnica zębów w populacji dzieci i młodzieży jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych w Polsce i stanowi chorobę o charakterze społecznym, dotykając zdecydowaną większość najmłodszych grup wiekowych.

Według najnowszych danych Ministerstwa Zdrowia oraz raportu „Monitoring Stanu Zdrowia Jamy Ustnej” prowadzonego w latach 2016-2020, a także danych z analiz WHO (Global Oral Health Status Report 2022), Polska znajduje się wśród krajów o najwyższym rozpowszechnieniu próchnicy w Europie. Choroba ta rozwija się wcześniej — często już w pierwszych latach życia — i postępuje dynamicznie wraz z wiekiem dziecka.

Najbardziej alarmujące dane dotyczą najmłodszej populacji.

W grupie dzieci trzyletnich częstość występowania próchnicy wynosi ponad 41%, a średnia liczba zębów z próchnicą sięga 2,7. Oznacza to, że niemal co drugie dziecko w Polsce rozpoczyna edukację przedszkolną z aktywną chorobą próchnicową. W wieku pięciu lat sytuacja pogarsza się jeszcze bardziej — odsetek dzieci z próchnicą wzrasta do około 75%, a wskaźnik puw (liczba zębów mlecznych uszkodzonych próchnicą, usuniętych lub wypełnionych) osiąga średnią wartość 5,4. Szczególnie niepokojącym zjawiskiem jest wysoka częstość wczesnej próchnicy dziecięcej (ECC), która w Polsce dotyczy ponad 40% dzieci w wieku poniżej sześciu lat. Jest to odsetek ponad dwukrotnie wyższy niż w wielu krajach Europy Zachodniej.

Próchnica zębów w populacji pediatrycznej jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego w Polsce i na świecie. Według Global Oral Health Status Report (WHO, 2022) choroby jamy ustnej dotykają ponad 3,5 mld osób, a próchnica zębów stałych jest najczęstszą chorobą przewlekłą człowieka. W populacji dzieci problem ten przyjmuje skalę epidemiczną.

Dane ogólnopolskie

Dzieci 3-letnie:

- częstość próchnicy: 41,1%,
- średnia liczba zębów z próchnicą: 2,7,
- odsetek dzieci bez próchnicy: 58,9%.

Dzieci 5-letnie:

- próchnica: ~75%,
- średni wskaźnik puw (zęby mleczne): 5,4,
- ECC: > 40%.

Dzieci 7-letnie:

- co trzecie dziecko ma ubytek wymagający natychmiastowego leczenia,
- średni PUWP (wszystkie ubytki w uzębieniu mlecznym i stałym): ~6,0.

Dzieci 12-letnie:

To strategiczna grupa WHO.

- próchnica: 81-89%,
- PUWZ (stałe zęby): 3,1-3,5,
- tylko 12-17% dzieci jest wolnych od próchnicy.

Młodzież 15-letnia:

- próchnica: 90%,
- PUWZ: 5,3.

Młodzież 18-letnia:

- próchnica: 93,2%,
- PUWZ: ~7,0.

Warto zauważyć, że przy PUWZ > 5 WHO klasyfikuje populację jako wysokiego ryzyka.

Dane WHO i europejskie porównania

- Polska - 41% ECC u 3-latków
- Dania - 12%
- Niemcy - 14%
- Szwecja - 11%
- Holandia - 10-12%

Polska znajduje się w grupie krajów o najwyższej intensywności próchnicy w Europie.

W kolejnych latach nasilenie próchnicy nie maleje. W grupie siedmiolatków niemal 30% dzieci wymaga natychmiastowego leczenia z powodu rozległych ubytków, a średni wskaźnik PUWP (obejmujący zarówno zęby mleczne, jak i stałe) wynosi około 6. W wieku dwunastu lat — który stanowi punkt odniesienia WHO — próchnica występuje u 81-89% dzieci, a średni PUWZ (z uwzględnieniem jedynie zębów stałych) osiąga wartość 3,1-3,5. Oznacza to, że jedynie 12-17% dwunastolatków w Polsce pozostaje wolnych od próchnicy. W starszych grupach dane są jeszcze bardziej alarmujące — u młodzieży piętnastoletniej próchnica występuje u około 90% uczniów, a średni PUWZ wynosi 5,3. W wieku osiemnastu lat 93,2% młodzieży posiada co najmniej jeden ząb stały dotknięty próchnicą, a średni PUWZ wynosi około 7, co kwalifikuje populację polskich nastolatków jako grupę bardzo wysokiego ryzyka.

Sytuację pogarsza ograniczony dostęp do stomatologii dziecięcej. WHO podkreśla, że brak równomiernej dostępności opieki stomatologicznej, niski poziom działań profilaktycznych oraz nieodpowiednie nawyki higieniczne i żywieniowe w rodzinach powodują, że Polska utrzymuje się w czołówce krajów o najwyższej zapadalności na próchnicę wśród dzieci.

Dostępne dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują, że próchnica stanowi jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych w populacji. Obejmuje wszystkie grupy wiekowe, rozpoczynając się w wieku przedszkolnym i narastając w populacji dorosłej oraz senioralnej. Obciążenie chorobami jamy ustnej stanowi istotny element obciążenia systemu opieki zdrowotnej, generując koszty zarówno w zakresie świadczeń ambulatoryjnych, jak i szpitalnych. Opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia wyniki programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020” wskazują, że próchnica stanowi istotny problem w polskiej populacji i wraz z wiekiem dochodzi do jej narastania. Dane z aktualnych edycji monitoringu (zbierane w latach 2021-2023) potwierdzają, że mimo poprawy świadomości zdrowotnej, częstość wizyt kontrolnych oraz przestrzeganie zasad profilaktyki pozostają niewystarczające.

Epidemiologia województwo łódzkie

Analiza stanu zdrowia jamy ustnej w województwie łódzkim stanowi integralną część Map Potrzeb Zdrowotnych. W najnowszym cyklu Map Potrzeb Zdrowotnych 2023-2027, opartym na danych sprawozdawczych NFZ i GUS za 2021 r., województwo łódzkie zostało wskazane

jako region charakteryzujący się podwyższonymi wskaźnikami zapadalności na choroby jamy ustnej oraz wysokim poziomem obciążenia populacji czynnikami ryzyka wpływającymi na zdrowie jamy ustnej. Jednocześnie raporty Ministerstwa Zdrowia z lat 2021-2024 potwierdzają utrzymywanie się niekorzystnych trendów epidemiologicznych, wskazujących na wzrost chorób twardych tkanek zęba, chorób miazgi, chorób przyzębia oraz rosnące zapotrzebowanie na świadczenia stomatologiczne o charakterze naprawczym. Analizy regionalne potwierdzają, że działania profilaktyczne pozostają niewystarczające wobec skali zgłaszanych potrzeb.

Od wielu lat obserwuje się w województwie łódzkim niski odsetek osób korzystających ze świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych. Badania Piotrowskiej i wsp. wykazały, że już w 2013 r. z usług stomatologicznych refundowanych przez NFZ korzystało jedynie 11,5% świadczeniobiorców. Aktualne dane Ministerstwa Zdrowia i NFZ z lat 2021-2024 potwierdzają utrzymywanie się niskiego wykorzystania świadczeń publicznych - w zależności od roku, jedynie 12-17% mieszkańców województwa korzysta z refundowanych świadczeń stomatologicznych. W praktyce oznacza to, że zdecydowana większość populacji opiera leczenie stomatologiczne na sektorze prywatnym, często w sposób epizodyczny, co utrudnia prowadzenie regularnej profilaktyki oraz konsekwentnego leczenia zmian próchnicowych i chorób przyzębia. Niski poziom korzystania ze świadczeń publicznych wskazuje również na strukturalne bariery dostępu, w tym niedostateczną liczbę miejsc świadczeń oraz ograniczone finansowanie usług stomatologicznych w regionie.

Województwo łódzkie cechuje się także niekorzystnymi uwarunkowaniami społeczno-ekonomicznymi. Wysoki poziom zagrożenia ubóstwem, ponadprzeciętny poziom bezrobocia oraz zróżnicowane warunki życia są czynnikami, które w sposób istotny utrudniają mieszkańcom dostęp do usług zdrowotnych, w tym stomatologicznych. Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2023-2027 wskazują, że województwo łódzkie posiada najwyższy w kraju wskaźnik liczby miejsc pracy dla lekarzy dentystów w relacji do potrzeb populacyjnych, co oznacza, że zapotrzebowanie na świadczenia stomatologiczne znacząco przewyższa możliwości kadrowe regionu. Szczególnie dotyczy to świadczeń profilaktycznych, zachowawczych i periodontologicznych, których dostępność w regionie pozostaje ograniczona. Niedobór kadry medycznej w stomatologii w połączeniu z wysokim zapotrzebowaniem na leczenie skutkuje wydłużonym czasem oczekiwania, nierównomiernym rozmieszczeniem świadczeń oraz koniecznością korzystania z usług komercyjnych.

W województwie łódzkim problem jest równie poważny w populacji pediatrycznej.

Dane Map Potrzeb Zdrowotnych wskazują, że częstość próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym sięga 45-60%, a średni PUWP u dzieci w wieku wczesnoszkolnym wynosi 5,0-6,5. Placówki stomatologiczne realizujące świadczenia w ramach NFZ są rozmieszczone nierównomiernie, co powoduje ograniczoną dostępność usług profilaktycznych i diagnostycznych. W wielu gminach brakuje gabinetów stomatologicznych w szkołach, a działania edukacyjne mają charakter incydentalny i nie obejmują całej populacji.

Na terenie powiatu bełchatowskiego funkcjonuje 14 poradni udzielających świadczeń ogólnostomatologicznych. Na podstawie weryfikacji aktualnego wykazu umów NFZ (stan na listopad 2025 r.) nie stwierdzono funkcjonowania na terenie Gminy Kleszczów gabinetu stomatologicznego posiadającego kontrakt na świadczenia stomatologiczne finansowane ze środków publicznych. W praktyce oznacza to, że mieszkańcy są zmuszeni do korzystania z usług prywatnych lub świadczeń realizowanych w sąsiednich gminach, co pogłębia bariery w

dostępie do opieki stomatologicznej i osłabia ciągłość opieki zdrowotnej. Brak kontraktu NFZ na terenie gminy w połączeniu z wysokim obciążeniem epidemiologicznym regionu istotnie wpływa na poziom zgłaszalności i dostępność działań profilaktycznych.

Rodziny, które nie mogą ponosić kosztów prywatnego leczenia, często opóźniają zgłoszenie się po pomoc, co prowadzi do zaawansowanych zmian chorobowych już w wieku wczesnoszkolnym.

W świetle powyższych danych próchnica w populacji pediatrycznej gminy i regionu wymaga natychmiastowych działań o charakterze systemowym, długoterminowym i kompleksowym, zgodnych z aktualną wiedzą oraz rekomendacjami AOTMiT.

Brak świadczeniodawcy z kontraktem NFZ na terenie gminy oraz wysokie wskaźniki zapadalności w województwie łódzkim stanowią silne uzasadnienie dla kontynuacji programu polityki zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę, edukację i wczesne wykrywanie chorób jamy ustnej w populacji pediatrycznej.

I.3. Opis obecnego postępowania

Próchnica to choroba, której można zapobiegać, a skuteczność zapobiegania zależy od kompleksowego podejścia obejmującego higienę jamy ustnej, racjonalne żywienie, prawidłowe nawyki behawioralne oraz regularną kontrolę stomatologiczną. W Polsce programy profilaktyczne funkcjonują w ograniczonym zakresie i w przeważającej mierze są skierowane do populacji małoletniej.

Obecne rekomendacje kliniczne, raporty WHO oraz wytyczne towarzystw stomatologicznych nie wskazują jednego, najlepszego uniwersalnego zestawu działań, które powinny być stosowane w programach profilaktyki próchnicy. Podkreśla się jednak, że najskuteczniejsze interwencje to te, które łączą edukację, ocenę indywidualnego ryzyka próchnicy, działania behawioralne i regularne wizyty kontrolne. Wszystkie świadczenia z zakresu indywidualnej profilaktyki stomatologicznej znajdują się obecnie w katalogu świadczeń gwarantowanych, jednak ich realizacja w praktyce bywa ograniczona - szczególnie na terenach, na których nie funkcjonują podmioty posiadające kontrakt z NFZ. W takich przypadkach program polityki zdrowotnej może pełnić funkcję uzupełniającą lub kompensującą, zwiększając dostępność działań edukacyjnych, profilaktycznych i diagnostycznych.

Rekomendacje podkreślają szczególną rolę działań edukacyjnych. Dotyczą one w szczególności: prawidłowych technik higieny jamy ustnej, zasad stosowania past fluorowych, znaczenia nitkowania i płukanek, redukcji spożycia cukrów prostych, skutków zdrowotnych nieleczonej próchnicy oraz konieczności regularnych kontroli stanu uzębienia. W aktualnych dokumentach (ACFF, FDI, WHO 2021-2023, rekomendacje ADA i NICE, zalecenia AOTMiT 2024-2025) podkreśla się również konieczność przeprowadzania oceny indywidualnego ryzyka próchnicy (Caries Risk Assessment) oraz dostosowywania interwencji do jego poziomu.

Obecne postępowanie w zakresie zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży w Polsce jest niewystarczające i niespójne, co wielokrotnie potwierdzały zarówno analizy Ministerstwa Zdrowia, jak i kolejne rekomendacje Prezesa AOTMiT. Choć świadczenia stomatologiczne dla dzieci znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych, ich realna dostępność oraz jakość różnią się znacząco w zależności od miejsca zamieszkania. Brakuje również skoordynowanych działań edukacyjnych, przesiewowych i profilaktycznych o charakterze populacyjnym.

Głównym problemem systemowym jest brak opracowanego krajowego modelu profilaktyki próchnicy, który obejmowałby regularne przeglądy stomatologiczne, ocenę ryzyka próchnicy oraz zabiegi profilaktyczne adekwatne do tego ryzyka. Obowiązujące świadczenia profilaktyczne (takie jak lakierowanie czy lakowanie) pozostają w praktyce wykonywane głównie w odpowiedzi na zgłoszenie się pacjenta, a nie w sposób zaplanowany, cykliczny i obejmujący całą populację. Ich realizacja zależy od decyzji rodziców, dostępności świadczeniodawcy oraz zasobów finansowych rodziny.

Edukacja zdrowotna, która powinna być fundamentem profilaktyki, jest prowadzona jedynie fragmentarycznie. Nie ma jednolitego programu edukacyjnego dla rodziców i dzieci, brakuje obowiązkowych zajęć dotyczących higieny jamy ustnej w szkołach, a działania nauczycieli i pielęgniarek szkolnych ograniczają się zazwyczaj do interwencji incydentalnych. W praktyce oznacza to, że ogromna część rodziców nie posiada wystarczającej wiedzy na temat właściwej higieny jamy ustnej dzieci ani znaczenia pierwszej wizyty stomatologicznej przed ukończeniem 12. miesiąca życia.

Fluoryzacja szkolna — rekomendowana przez WHO oraz AOTMiT — nie jest obecnie realizowana w sposób jednolity. W wielu placówkach została zawieszona, a w innych nie jest prowadzona z powodu braków kadrowych lub organizacyjnych. Rekomendacja Prezesa AOTMiT nr 42/2025 zwraca uwagę, że brak systemowej fluoryzacji oraz niedostateczna ekspozycja na fluor stanowią jedno z kluczowych czynników pogłębiających epidemię próchnicy.

Obecne postępowanie charakteryzuje się również brakiem ciągłości i monitorowania. Rodziny nie otrzymują systemowej informacji o ryzyku próchnicy, a dzieci nie są kierowane do profilaktyki w oparciu o ocenę indywidualnego poziomu ryzyka. W efekcie interwencje podejmowane są zbyt późno, często dopiero po wystąpieniu bólu lub powikłań.

Sytuację Gminy Kleszczów dodatkowo komplikuje brak gabinetu stomatologicznego z kontraktem NFZ. Oznacza to, że dzieci nie mają dostępu do regularnych badań kontrolnych ani zabiegów profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych. W praktyce jedyną formą profilaktyki są wizyty prywatne — co generuje bariery finansowe i społeczne — lub ich całkowity brak.

W świetle rekomendacji AOTMiT 42/2025 oraz aktualnych danych epidemiologicznych obecne postępowanie nie odpowiada na potrzeby zdrowotne populacji pediatrycznej. Wprowadzenie lokalnego programu polityki zdrowotnej staje się koniecznością, aby umożliwić rodzinom dostęp do regularnych badań, edukacji oraz profilaktyki adekwatnej do poziomu ryzyka próchnicy.

Świadczenia gwarantowane

Zakres świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych określają aktualne akty prawne Ministra Zdrowia:

- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2024 poz. 545) - akt obowiązujący na listopad 2025 r.

Rozporządzenie to, wraz z załącznikami, określa wykazy świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji, obejmujące m.in.:

- świadczenia ogólnostomatologiczne,
- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym,
- świadczenia dla pacjentów z grup wysokiego ryzyka chorób zakaźnych.

W zakresie profilaktyki przepisy rozporządzenia obejmują przede wszystkim populację dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia, a także kobiety w ciąży i połogu. Profilaktyczne świadczenia oferowane w ramach systemu publicznego są ograniczone, co dodatkowo zwiększa konieczność wdrażania programów lokalnych.

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-terapeutycznym 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.

W praktyce oznacza to, że populacja nie jest standardowo obejmowana świadczeniami profilaktycznymi finansowanymi ze środków publicznych, a większość działań w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania zmian próchnicowych jest realizowana poza systemem publicznym - zwykle odpłatnie. W gminach, w których nie funkcjonują gabinety z kontraktem NFZ (w tym w Gminie Kleszczów na dzień listopad 2025 r.), dostęp do świadczeń gwarantowanych w praktyce nie istnieje, co istotnie uzasadnia konieczność prowadzenia lokalnego programu polityki zdrowotnej.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Poprawa stanu zdrowia jamy ustnej, określonej jako poprawa wskaźników PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych, u 30% dzieci i młodzieży biorącej udział w programie zamieszkujących Gminę Kleszczów poprzez wdrożenie kompleksowych działań edukacyjnych, diagnostycznych i profilaktycznych, obejmujących zarówno dzieci, jak i ich rodziców, opiekunów oraz przyszłych rodziców.

II. 2 Cele szczegółowe

Cel szczegółowy 1: Zwiększenie poziomu wiedzy zdrowotnej dotyczącej profilaktyki próchnicy, poprzez objęcie edukacją:

- dzieci i młodzieży,
- rodziców i opiekunów,
- przyszłych rodziców uczestniczących w zajęciach szkoły rodzenia

mieszkańców Gminy Kleszczów biorących udział w działaniach edukacyjnych programu, w latach 2026-2028

Wskaźnik SMART:

- wzrost poziomu wiedzy uczestników mierzony ankietą pre/post o minimum 25%.
- objęcie edukacją minimum 70% populacji rodziców dzieci biorących udział w programie.

Cel szczegółowy 2: Zwiększenie odsetka dzieci objętych przeglądem stomatologicznym z oceną ryzyka próchnicy, tak aby co najmniej 60% uczestników programu zostało objętych pełną oceną kliniczną w latach 2026-2028

Wskaźnik SMART:

- 100% dzieci zakwalifikowanych jako wysokie ryzyko otrzyma pisemne zalecenia i plan działań.

Cel szczegółowy 3: Zwiększenie liczby dzieci objętych zabiegami profilaktycznymi adekwatnymi do poziomu ryzyka

Wskaźnik SMART:

- co najmniej 80% dzieci zakwalifikowanych do lakierowania otrzyma minimum 2 zabiegi w roku,
- co najmniej 90% dzieci z wysokim ryzykiem próchnicy otrzyma 4 zabiegi lakierowania w roku,
- lakowanie bruzd zostanie wykonane u min. 60% dzieci w wieku 6-9 lat (wieku wyrzynania pierwszych trzonowców stałych),
- fluoryzacja miejscowa zostanie wykonana u min. 70% dzieci objętych programem.

Cel szczegółowy 4: Zmniejszenie liczby nowych przypadków zmian próchnicowych wśród uczestników programu poprzez uzyskanie poprawy parametrów wskaźnika PUW co najmniej u 20% uczestników programu, w latach 2026-2028.

Wskaźnik SMART:

- spadek liczby nowych ubytków w grupie uczestników programu o minimum 20% rok do roku,

- zmniejszenie odsetka dzieci z wysokim ryzykiem próchnicy (wg powtórnej oceny) o minimum 15% w skali roku.

Cel szczegółowy 5: Wzmocnienie opieki środowiskowej poprzez edukację przyszłych rodziców
Wskaźnik SMART:

- objęcie edukacją minimum 80% uczestników szkół rodzenia na terenie gminy,
- wzrost wiedzy o higienie jamy ustnej niemowląt o min. 30% (ankieta pre/post).

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 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.
1. Mierniki realizacji działań edukacyjnych
 - liczba przeprowadzonych zajęć edukacyjnych,
 - liczba rodziców, dzieci i młodzieży objętych edukacją,
 - liczba uczestników szkół rodzenia objętych edukacją,
 - wzrost wiedzy pre/post - min. 25%.
 2. Mierniki realizacji przeglądów stomatologicznych
 - liczba dzieci poddanych przeglądowi stomatologicznemu,
 - procentowy udział dzieci objętych oceną ryzyka - cel: $\geq 60\%$,
 - struktura ryzyka (niska/umiarkowana/wysoka).
 3. Mierniki realizacji zabiegów profilaktycznych
 - liczba zabiegów lakierowania fluorem,
 - zgodność liczby zabiegów z poziomem ryzyka (2 vs 4 zabiegi rocznie),
 - liczba wykonanych lakowań bruzd,
 - pokrycie populacji wiekowej 6-9 lat lakowaniem: $\geq 60\%$,
 - liczba przeprowadzonych fluoryzacji miejscowych.
 4. Mierniki efektu zdrowotnego
 - redukcja liczby nowych ubytków: $\geq 20\%$,
 - redukcja odsetka dzieci z wysokim ryzykiem: $\geq 15\%$,
 - zwiększenie odsetka dzieci utrzymujących niski poziom ryzyka próchnicy: $\geq 10\%$.
 5. Mierniki organizacyjne i jakościowe
 - kompletność dokumentacji medycznej: $\geq 95\%$,
 - odsetek uczestników zgłaszających satysfakcję z programu: $\geq 85\%$,
 - odsetek dzieci realizujących pełny cykl działań: $\geq 70\%$.

Wartości wskaźników określane będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

Pomiar efektywności będzie prowadzony w sposób ciągły - po każdym roku realizacji oraz w ramach ewaluacji końcowej. Wskaźniki będą analizowane z wykorzystaniem danych źródłowych: wyników testów wiedzy, dokumentacji realizatora programu, ankiet satysfakcji oraz danych epidemiologicznych NFZ i POZ.

Przyjęte wartości docelowe dla celu głównego oraz celów szczegółowych programu oparto na dotychczasowych doświadczeniach innych jednostek samorządu terytorialnego, które realizowały podobne programy z zakresu profilaktyki próchnicy. Procentowy poziom skuteczności działań mieści się w przedziale realnych i osiągalnych wyników potwierdzonych zarówno przez realizatorów programów JST, jak i praktykę kliniczno-epidemiologiczną.

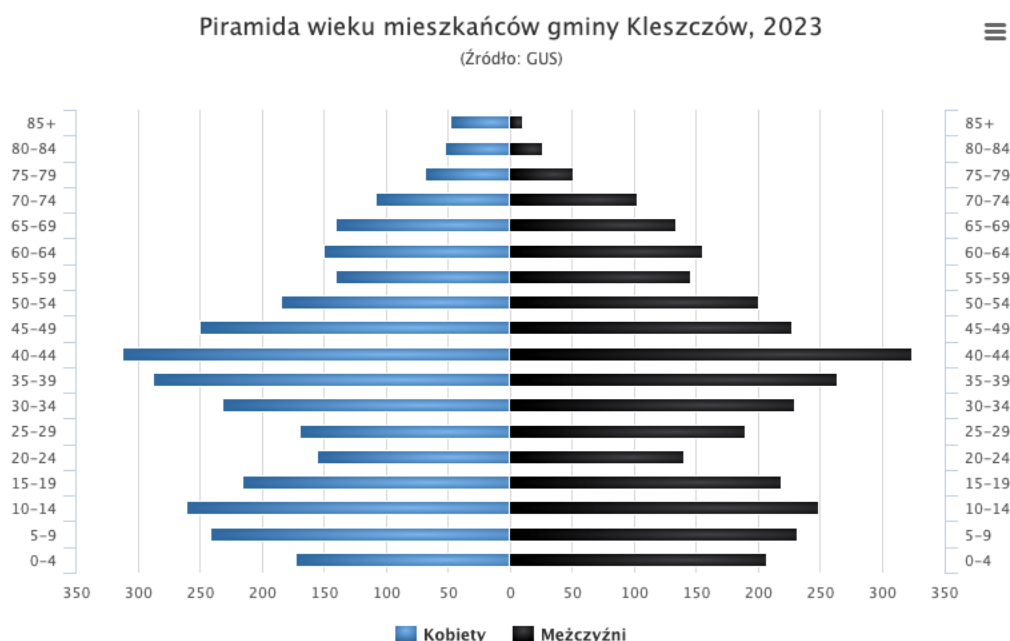
Wartości te zostały również zweryfikowane w trakcie konsultacji z ekspertami i przyjęte jako możliwe do uzyskania przy założeniu niezmiennego poziomu finansowania. W przypadku zmian organizacyjnych lub finansowych wartości celów będą poddawane stosownej korekcie po każdym roku realizacji, z zachowaniem ciągłości oceny efektywności.

Wartości wszystkich wskaźników będą określane zarówno przed rozpoczęciem programu, jak i po jego zakończeniu, a uzyskana zmiana oraz jej wielkość będą stanowić podstawę oceny skuteczności programu.

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

III.1 Populacja docelowa

Gmina Kleszczów według stanu na dzień 31.12.2024 r. ma 6 346 mieszkańców, z czego 50,9% stanowią kobiety, a 49,1% mężczyźni. Struktura demograficzna gminy charakteryzuje się znacznym udziałem osób w wieku produkcyjnym oraz stopniowym wzrostem udziału populacji w wieku 60+. Zgodnie z danymi GUS przedstawionymi w piramidzie wieku mieszkańców Gminy Kleszczów (2024 r.) zauważa się stabilną liczebność grup w wieku 20-49 lat.



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

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

Adresatami programu są:

1. Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat zamieszkujący Gminę Kleszczów, niezależnie od statusu społeczno-ekonomicznego, stanu zdrowia czy wcześniejszego dostępu do opieki stomatologicznej.
2. Rodzice i opiekunowie prawni tych dzieci, w szczególności osoby sprawujące codzienną opiekę nad dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.
3. Przyszli rodzice i kobiety w ciąży, uczestniczący w zajęciach szkoły rodzenia — jako grupa kluczowa dla profilaktyki wczesnej próchnicy dziecięcej (ECC).

Program ma charakter powszechny, co oznacza, że obejmuje wszystkie grupy wiekowe dzieci i młodzieży oraz ich opiekunów, a działania są dostępne bez względu na wcześniejsze leczenie stomatologiczne, doświadczenia, zgłaszaną potrzebę czy aktualny stan zdrowia jamy ustnej.

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

Kryteria włączenia do programu

Do programu zostają włączeni wszyscy:

- a) dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, którzy:
- są mieszkańcami Gminy Kleszczów,
 - posiadają zgodę rodzica/opiekuna prawnego (dla osób niepełnoletnich),
 - wyrażą chęć udziału w programie (w imieniu dziecka — rodzic lub opiekun),
- b) rodzice i opiekunowie dzieci zakwalifikowanych do programu,
- c) przyszli rodzice oraz kobiety w ciąży uczęszczający na zajęcia szkoły rodzenia działającej na terenie gminy.

Kwalifikacja nie wymaga skierowania medycznego ani wcześniejszej wizyty stomatologicznej.

Kryteria wyłączenia z programu:

- pozostawanie pod stałą, kompleksową opieką poradni stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych, obejmującą regularne (min. 2 razy w roku) wizyty profilaktyczne i kontrolne, udokumentowane w dokumentacji medycznej;
- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak potwierdzenia zameldowania na terenie Gminy Kleszczów;
(z wyjątkiem uczestników szkoły rodzenia, jeśli gmina przewiduje możliwość udziału osób spoza gminy - opcjonalnie),
- brak dokumentu potwierdzającego wiek kwalifikujący do udziału;
- stwierdzenie przeciwwskazań medycznych w trakcie trwania programu, które mogłyby zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika lub uniemożliwiają wykonanie świadczenia.

Warunki udziału w poszczególnych częściach programu:

- **wizyta kwalifikacyjna** jest dostępna dla wszystkich osób spełniających kryteria włączenia; warunkiem wykonania działań jest podpisanie świadomej zgody;
- **działania informacyjno-edukacyjne** kierowane są do wszystkich osób zakwalifikowanych do programu, niezależnie od wyników wizyty kwalifikacyjnej;
- **świadczenia stomatologiczne** w ramach programu będą wykonywane wyłącznie u osób zakwalifikowanych podczas wizyty kwalifikacyjnej, u których stwierdzono zasadność wykonania interwencji profilaktycznej zgodnie z założeniami programu.

Zasady rekrutacji:

Uczestnicy będą przyjmowani do chwili osiągnięcia limitu osób przewidzianego w ofercie wybranego Realizatora/Realizatorów. Programem zostaną objęci wszyscy mieszkańcy populacji docelowej spełniający kryteria włączenia - do momentu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację programu.

Planowany okres realizacji programu: od stycznia 2026 r. do grudnia 2028 r.

Wszystkie działania diagnostyczne, edukacyjne i profilaktyczne muszą zostać zakończone w tym okresie.

III.3 Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z populacji docelowej, spełniający warunki włączenia do programu, będzie mógł skorzystać z bezpłatnych świadczeń stomatologicznych oraz działań edukacyjno-profilaktycznych w zakresie profilaktyki próchnicy zębów i chorób jamy ustnej. Program

obejmuje zestaw interwencji, które stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych i odpowiadają na zdiagnozowane potrzeby zdrowotne mieszkańców Gminy Kleszczów.

1. Akcja informacyjna

Celem akcji informacyjnej jest dotarcie do możliwie jak największego odsetka mieszkańców Gminy Kleszczów spełniających kryteria włączenia do programu. Działanie to ma zapewnić wysoką frekwencję, zwiększyć poziom świadomości zdrowotnej oraz umożliwić realne osiągnięcie celów programu.

Informacje o programie będą przekazywane za pomocą dostępnych kanałów komunikacji lokalnej, takich jak:

- oficjalna strona internetowa urzędu gminy,
- media lokalne, biuletyny informacyjne,
- gabloty i tablice ogłoszeń w urzędach, placówkach publicznych, sklepach, punktach usługowych,
- materiały drukowane (ulotki, plakaty),
- gabinety stomatologiczne realizujące program.

Dodatkowo informacja będzie rozpowszechniana podczas spotkań sołeckich, wydarzeń lokalnych oraz wizyt w instytucjach publicznych. Mieszkańcy otrzymają jasne informacje organizacyjne dotyczące zasad udziału w programie, etapów interwencji oraz możliwych korzyści zdrowotnych.

2. Rekrutacja uczestników

Realizator przed rozpoczęciem interwencji dokonuje kwalifikacji uczestników, obejmującej:

- weryfikację spełnienia kryteriów włączenia (wiek, zameldowanie),
- zebranie i archiwizację podpisanej świadomej zgody,
- potwierdzenie braku kryteriów wyłączenia (w tym brak stałej, regularnej opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych).

W przypadku działań edukacyjnych weryfikowane są jedynie kryteria ogólne (wiek, zameldowanie).

W przypadku interwencji medycznych niezbędne jest uzyskanie zgody na wykonanie procedur medycznych.

3. Kwalifikacja do działań w ramach programu

Kwalifikacja formalna może zostać przeprowadzona przez pracownika administracyjnego Realizatora.

Kwalifikację medyczną przeprowadza lekarz dentysta lub pielęgniarka posiadająca kwalifikacje do świadczeń stomatologicznych.

W ramach kwalifikacji medycznej przeprowadzane są:

- wywiad dotyczący czynników ryzyka próchnicy i stylu życia,
- badanie jamy ustnej,

- ocena wskaźników próchnicy (PUW),
- określenie potrzeby i zakresu dalszych interwencji.

Po zakwalifikowaniu uczestnika wykonywane są odpowiednie działania edukacyjne i stomatologiczne.

4. Szkolenia i działania edukacyjne dotyczące zapobiegania chorobom zębów i jamy ustnej

Działania edukacyjne są kierowane do całej docelowej populacji zameldowanej na terenie Gminy Kleszczów. Szkolenia mają na celu podniesienie świadomości zdrowotnej oraz propagowanie prawidłowych zachowań higienicznych i profilaktycznych.

Edukacja zdrowotna jest podstawą programu i stanowi interwencję o udowodnionej skuteczności w redukcji ryzyka próchnicy w populacji pediatrycznej. Jej celem jest zwiększenie poziomu wiedzy rodziców, dzieci, młodzieży i przyszłych rodziców w zakresie czynników ryzyka próchnicy oraz zasad profilaktyki.

Działania edukacyjne obejmują:

- zajęcia dla dzieci w przedszkolach i szkołach, prowadzone przez higienistkę, pielęgniarkę lub lekarza dentystę,
- warsztaty i spotkania dla rodziców,
- zajęcia w szkołach rodzenia, obejmujące temat higieny jamy ustnej niemowląt i profilaktyki ECC,
- materiały edukacyjne (broшуry, plakaty, instrukcje higieny),
- naukę prawidłowej techniki szczotkowania (metoda BCS),
- edukację żywieniową (ograniczanie cukrów prostych, zasada 5 porcji, interpretacja etykiet produktów),
- edukację dotyczącą ekspozycji na fluor i jego bezpieczeństwa.

Zajęcia edukacyjne są dostosowane do wieku uczestników oraz ich poziomu rozwoju poznawczego. W przypadku dzieci młodszych stosowane są metody aktywizujące, natomiast w przypadku rodziców — prezentacje, instruktaże oraz sesje pytań i odpowiedzi.

Dla populacji przyszłych rodziców zaleca się przeprowadzenie szkoleń o zdrowiu jamy ustnej noworodka i dziecka, wpływ rodzaju porodu na rodzaj flory bakteryjnej u dziecka, a przez to jak modyfikowane jest ryzyko próchnicy u takich dzieci.

Tematyka szkoleń obejmuje m.in.:

- znaczenie regularnych kontroli stomatologicznych,
- właściwe techniki higieny jamy ustnej (szczotkowanie, nitkowanie, stosowanie płukanek z fluorem),
- wpływ diety na rozwój próchnicy,
- skutki zdrowotne nieleczonej próchnicy,
- korzyści wynikające z systematycznej profilaktyki.

Formy realizacji działań edukacyjnych:

- wykłady, prelekcje, warsztaty (ok. 60 minut),
- szkolenia indywidualne podczas wizyty u stomatologa,

- szkolenia on-line (webinary, telekonferencje),
- materiały audiowizualne, e-learning, broszury i ulotki,
- kampanie informacyjne w mediach i mediach społecznościowych.

Minimum dwa cykle edukacyjne w roku obejmujące pre-test i post-test wiedzy. Testy mogą być realizowane zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej. Materiały edukacyjne mogą pochodzić od Realizatora, instytucji publicznych lub towarzystw naukowych.

W ramach działań edukacyjnych dopuszcza się przekazanie drobnych materiałów wspomagających profilaktykę (szczoteczki, nici dentystyczne, próbki past), jeśli pozwolą na to środki finansowe.

5. Lekarska wizyta kwalifikacyjna

Każde dziecko biorące udział w programie przechodzi przegląd stomatologiczny obejmujący:

1. Badanie jamy ustnej

- oglądanie wszystkich powierzchni zębów,
- identyfikację aktywnych i nieaktywnych zmian próchnicowych,
- ocenę stanu higieny jamy ustnej,
- ocenę stanu tkanek miękkich.

Badanie jest wykonywane zgodnie z wytycznymi WHO oraz AAPD.

2. Wywiad i analiza czynników ryzyka

- częstotliwość mycia zębów i stosowane techniki,
- dieta i konsumpcja cukrów,
- użycie pasty z fluorem,
- wcześniejsze epizody próchnicy,
- poziom nadzoru rodzicielskiego,
- dostęp do opieki stomatologicznej.

3. Klasyfikacja ryzyka próchnicy

Zgodnie z Rekomendacją 42/2025:

- ryzyko niskie - brak aktywnych zmian, dobre nawyki, ekspozycja na fluor,
- ryzyko umiarkowane - pojedyncze zmiany próchnicowe, niewystarczająca higiena, wysoka konsumpcja cukrów,
- ryzyko wysokie - ECC, liczne aktywne zmiany próchnicowe, niski status socjoekonomiczny, brak nadzoru rodzicielskiego.

Każde dziecko otrzymuje pisemną informację o poziomie ryzyka wraz z zaleceniami.

Realizator prowadzi obowiązkową dokumentację obejmującą:

- kartę przeglądu stomatologicznego,
- kartę oceny ryzyka próchnicy,
- kartę zabiegów profilaktycznych,

- kartę edukacji zdrowotnej,
- oświadczenia rodziców/opiekunów,
- sprawozdania miesięczne oraz roczne dla organizatora.

Dokumentacja musi być jednolita, zgodna z programem i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Ścieżka uczestnika programu

1. Edukacja (dziecko + rodzic/opiekun).
2. Przegląd stomatologiczny.
3. Ocena ryzyka próchnicy.
4. Wdrożenie indywidualnego planu profilaktyki.
5. Zabiegi (lakierowanie, lakowanie, fluoryzacja).
6. Monitorowanie efektów.
7. Powtórna kwalifikacja.
8. Dokumentacja i podsumowanie.

6. Świadczenia profilaktyki stomatologicznej

Interwencje stomatologiczne realizowane w programie mają charakter uzupełniający względem świadczeń gwarantowanych. Zakłada się wykonywanie interwencji, które nie są finansowane przez NFZ lub mają ograniczony zakres refundacji.

Zabiegi profilaktyczne stanowią kluczowy komponent programu i są wykonywane zgodnie z poziomem ryzyka próchnicy.

1. Lakierowanie fluorem

Preparatem o stężeniu zgodnym z wytycznymi AAPD i EAPD.

- Dzieci z niskim i umiarkowanym ryzykiem: minimum 2 zabiegi w roku.
- dzieci z wysokim ryzykiem próchnicy: minimum 4 zabiegi w roku.

Lakierowanie obejmuje wszystkie zęby, mleczne i stałe, zgodnie z aktualnymi wytycznymi.

2. Lakowanie bruzd zębów trzonowych i przedtrzonowych

Lakowanie jest wykonywane:

- w zębach stałych świeżo wyrżniętych,
- w zębach mlecznych trzonowych o głębokich bruzdach (jeśli wskazane),
- w pierwszych zębach trzonowych stałych — priorytet zgodny z AOTMiT.

Lakowanie wykonywane jest materiałami atestowanymi, zgodnie z procedurą kliniczną.

3. Fluoryzacja miejscowa

W przypadkach uzasadnionych klinicznie stosuje się:

- preparaty żelowe,
- pianki fluorkowe,
- fluoryzację kontaktową.

Dobór preparatu jest uzależniony od wieku dziecka, poziomu ryzyka oraz wskazań stomatologa.

Po upływie 6 lub 12 miesięcy (zależnie od poziomu ryzyka) dzieci przechodzą:

- ponowną ocenę ryzyka próchnicy,
- analizę skuteczności higieny,
- weryfikację zaleceń dietetycznych,
- ponowny przegląd stomatologiczny,
- powtórny cykl zabiegów profilaktycznych.

Powtórna kwalifikacja pozwala ocenić wpływ programu na zmianę poziomu ryzyka.

W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości w stanie zdrowia jamy ustnej, w tym zmian wymagających pogłębionej diagnostyki lub leczenia specjalistycznego, uczestnicy programu będą informowani o konieczności podjęcia dalszych działań terapeutycznych oraz o dostępnych możliwościach wykonania badań uzupełniających poza programem, w tym w szczególności świadczeń finansowanych ze środków publicznych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizator jest zobowiązany do przekazania uczestnikowi informacji o zakresie i zasadach korzystania ze świadczeń gwarantowanych wynikających z aktualnie obowiązującego jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2025 poz. 615, z późn. zm.).

Zaplanowane interwencje w ramach programu będą realizowane przez Realizatora lub Realizatorów wyłonionych zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. 2024 poz. 146, z późn. zm.). Interwencje będą przeprowadzane na terenie Gminy Kleszczów, w lokalizacji wskazanej przez Realizatora, zapewniającej pełną dostępność dla uczestników programu oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami dotyczącymi warunków wykonywania działalności leczniczej.

Realizator programu musi dysponować odpowiednią kadrą medyczną i administracyjną oraz zapleczem lokalowym i sprzętowym umożliwiającym wykonanie świadczeń określonych w programie, w tym wyposażeniem niezbędnym do prowadzenia diagnostyki stomatologicznej (w tym badań RTG), realizacji świadczeń profilaktycznych oraz interwencji stomatologicznych przewidzianych w ramach programu. Realizator zobowiązany jest również do zapewnienia infrastruktury umożliwiającej bezpieczne i zgodne z prawem prowadzenie dokumentacji medycznej oraz realizację wszystkich działań określonych w programie polityki zdrowotnej.

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

Ze względu na charakter programu interwencje będą miały charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób stały przez cały okres jego realizacji. W celu zapewnienia jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń Realizator zobowiązany będzie do prowadzenia przyjęć w zróżnicowanych godzinach, umożliwiających udział zarówno osobom pracującym, jak i pozostającym poza rynkiem pracy. Informacje o godzinach przyjęć i sposobie zapisów będą rozpowszechniane za pomocą dostępnych środków komunikacji, w tym strony internetowej gminy, mediów lokalnych oraz materiałów informacyjnych dystrybuowanych na terenie Gminy Kleszczów.

Program ma charakter ciągły i będzie przebiegał w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania do udziału w programie będą systematycznie włączane kolejne osoby spełniające kryteria kwalifikacji. Udzielanie świadczeń w ramach programu nie będzie wpływać na dostępność do

świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Interwencje przewidziane w ramach programu należy traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Każdy uczestnik rozpoczynający udział w programie zostanie poinformowany o źródłach finansowania programu, zasadach jego realizacji oraz warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia udzielane w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a) działania edukacyjne mogą być kierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie, w celu wzmocnienia działań profilaktycznych i budowania prawidłowych nawyków zdrowotnych w całym gospodarstwie domowym;
- b) świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania określone w obowiązujących przepisach prawa, w szczególności dotyczących warunków wykonywania działalności leczniczej oraz wymagań sanitarno-higienicznych;
- c) świadczeń w ramach programu będzie udzielać kadra posiadająca kwalifikacje zgodne z przepisami regulującymi wykonywanie zawodu lekarza dentysty, higienistki stomatologicznej, asystentki stomatologicznej oraz personelu edukacyjnego biorącego udział w realizacji działań informacyjnych;
- d) dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona, przechowywana i zabezpieczana przez Realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi prowadzenia, udostępniania i ochrony dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych, w tym przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w Programie Polityki Zdrowotnej może nastąpić w następujących przypadkach:

- zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji, w szczególności wykonanie pełnego zakresu świadczeń profilaktycznych i stomatologicznych przewidzianych w ramach programu,
- dobrowolne zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w programie, niezależnie od etapu realizacji interwencji,
- zakończenie realizacji Programu Polityki Zdrowotnej przez Gminę Kleszczów po upływie okresu jego obowiązywania.

Z uwagi na ciągły charakter programu uczestnictwo trwa do momentu całkowitego wykonania zaplanowanych działań, w tym opracowania stwierdzonych ubytków, ukończenia interwencji profilaktycznych lub do formalnego zakończenia programu. Uczestnik ma możliwość rezygnacji z udziału na każdym etapie bez konieczności podawania przyczyny.

Możliwe jest również obligatoryjne zakończenie udziału uczestnika w programie w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia, w szczególności pojawienia się przeciwwskazań medycznych, braku spełnienia warunków kwalifikacji lub niespełnienia wymogów formalnych niezbędnych do dalszego udziału. W każdym przypadku wyłączenia uczestnika z programu

konieczne jest sporządzenie pisemnego potwierdzenia wystąpienia przyczyny zakończenia udziału oraz dołączenie go do dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

W ramach Programu Polityki Zdrowotnej zaplanowano realizację następujących etapów i działań:

1. Powołanie rady ds. programu - opcjonalne

Na etapie przygotowawczym zostanie utworzona rada ds. programu, w skład której wejdą kluczowi interesariusze zaangażowani w prawidłową realizację i powodzenie programu, w tym przedstawiciele jednostki samorządu terytorialnego, lokalnych podmiotów leczniczych, instytucji publicznych oraz podmiotów odpowiedzialnych za prowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych.

Rada ds. programu pełni funkcję opiniująco-doradczą i wspierającą, w szczególności w zakresie:

- organizacji i koordynacji działań programu,
- opracowywania treści edukacyjnych i materiałów informacyjnych,
- zapewnienia współpracy ze środowiskami medycznymi i pozamedycznymi,
- nadzorowania spójności działań realizatorów.

Koordynator PPZ - odpowiedzialny za praktyczną i merytoryczną realizację programu - pełni funkcję przewodniczącego rady (zalecane) lub jej członka.

Wydatki związane z działalnością rady ds. programu nie mogą przekroczyć 5% całkowitego budżetu programu.

2. Opracowanie harmonogramu i wstępnego budżetu PPZ.

Na tym etapie zostaną ustalone szczegółowe terminy realizacji wszystkich elementów programu oraz przygotowany zostanie wstępny budżet obejmujący koszty interwencji medycznych, działań edukacyjnych, kampanii informacyjnej oraz ewaluacji.

3. 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.

4. Przeprowadzenie konkursu ofert.

Jednostka samorządu terytorialnego przeprowadzi konkurs ofert w trybie określonym w art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu wyboru podmiotów realizujących program.

5. Wybór realizatorów i przygotowanie do wdrożenia.

Po rozstrzygnięciu konkursu JST podpisuje umowy z realizatorami programu.

Na tym etapie dopuszcza się organizację szkoleń dla realizatorów, których celem jest zapoznanie personelu medycznego i administracyjnego ze szczegółowymi zapisami programu, harmonogramem, wskaźnikami, wymaganiami sprawozdawczymi oraz zasadami prowadzenia dokumentacji.

6. Realizacja interwencji zaplanowanych w programie.

W okresie obowiązywania PPZ realizowane będą następujące działania:

- wizyta kwalifikacyjna,
- działania edukacyjno-informacyjne,
- szkolenia dla uczestników,
- interwencje profilaktyczne i stomatologiczne zgodnie z zakresem programu,
- działania monitorujące stan zdrowia jamy ustnej uczestników.

Wszystkie interwencje muszą być prowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zasadami bezpieczeństwa oraz szczegółowym zakresem określonym w PPZ.

7. Bieżące zbieranie danych i monitorowanie programu.

Realizatorzy są zobowiązani do systematycznego gromadzenia danych dotyczących liczby uczestników, rodzaju udzielonych świadczeń, efektów zdrowotnych oraz wyników edukacji. Dane te służą monitorowaniu przebiegu programu i przygotowaniu rocznego raportu z realizacji (oceny okresowej), zawierającego analizę zgodności realizacji z założonym harmonogramem i wskaźnikami.

8. Zakończenie realizacji PPZ.

Po wykonaniu wszystkich zaplanowanych działań i zakończeniu okresu obowiązywania programu JST formalnie zamyka jego realizację.

9. Rozliczenie finansowe PPZ.

Realizatorzy dokonują końcowego rozliczenia finansowego zgodnie z zawartymi umowami, a jednostka samorządu terytorialnego weryfikuje poprawność poniesionych kosztów i kompletność sprawozdawczości.

10. Ewaluacja końcowa i raport do AOTMiT.

Po zakończeniu realizacji całego programu opracowany zostanie kompleksowy raport końcowy obejmujący ocenę efektywności interwencji, analizę zgodności z harmonogramem, osiągnięte wskaźniki oraz wnioski na przyszłość.

Raport końcowy, wraz z pierwotnym programem, który został wdrożony do realizacji, zostanie przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Ad 4. Wybór realizatora

Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w drodze konkursu ofert, przeprowadzonego zgodnie z art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do realizacji programu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub oferenci, których partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą, pod warunkiem, że wszystkie świadczenia medyczne wynikające z programu zostaną wykonane wyłącznie przez podmiot posiadający odpowiedni status i spełniający wymogi określone w przepisach prawa.

Ad 5. Akcja informacyjna

Akcja informacyjna będzie skierowana do wszystkich mieszkańców Gminy Kleszczów, ze szczególnym uwzględnieniem populacji docelowej programu. Jej celem jest zapewnienie szerokiej dostępności informacji o możliwości uczestnictwa w programie, zakresie zaplanowanych interwencji, warunkach kwalifikacji oraz korzyściach płynących z profilaktyki chorób jamy ustnej.

W działaniach informacyjnych mogą zostać wykorzystane:

- lokalne media (prasa, radio, portale internetowe),
- oficjalne kanały komunikacji jednostki samorządu terytorialnego (strona internetowa, media społecznościowe),
- lokalne podmioty lecznicze, przychodnie i gabinety stomatologiczne,
- instytucje publiczne, placówki oświatowe i ośrodki wsparcia społecznego,
- materiały drukowane - plakaty, ulotki, broszury edukacyjne,
- dystrybucja informacji podczas zebrań wiejskich, spotkań z sołtysami oraz innych lokalnych inicjatyw społecznych.

W materiałach informacyjnych zostaną przedstawione: zagrożenia wynikające z nieleczzonej próchnicy, znaczenie regularnych badań kontrolnych oraz szczegółowe uwarunkowania organizacyjne programu, tak aby zapewnić maksymalne dotarcie do populacji uprawnionej do udziału.

Ad 7 Monitoring działań

Monitoring działań będzie prowadzony w sposób ciągły przez cały okres realizacji programu. Obejme on:

- analizę zgłaszalności uczestników na poszczególne etapy interwencji,
- monitorowanie kompletności udzielanych świadczeń i zgodności ich wykonania z założeniami programu,
- wewnętrzną kontrolę jakości udzielanych świadczeń,
- bieżącą ocenę realizacji działań edukacyjno-informacyjnych.

Każdy uczestnik, po zakończeniu udziału w programie, zostanie poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej dotyczącej poziomu satysfakcji, jakości zrealizowanych świadczeń, odbioru działań edukacyjnych oraz indywidualnie odczuwanych efektów programu.

Zebrane dane posłużą Realizatorowi do sporządzenia raportów rocznych lub sprawozdań przedkładanych jednostce samorządu terytorialnego finansującej program.

Ad 9 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu

Ewaluacja końcowa programu rozpocznie się po zakończeniu realizacji wszystkich interwencji i potrwa do 3 miesięcy. Jej celem jest kompleksowa ocena efektywności, jakości oraz skuteczności działań podjętych w ramach programu polityki zdrowotnej.

Ewaluacja obejmie w szczególności:

- analizę efektywności działań edukacyjnych na podstawie wyników testów wiedzy (pre-test i post-test),
- analizę zgłaszalności i dostępności świadczeń,
- ocenę jakości udzielonych świadczeń stomatologicznych, w tym analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników,
- analizę stopnia realizacji i osiągnięcia mierników efektywności,
- ocenę spójności i kompletności prowadzonej dokumentacji medycznej i sprawozdawczej.

Efektem ewaluacji będzie raport końcowy z realizacji programu, zawierający: opis przebiegu interwencji, analizę osiągniętych rezultatów, ocenę efektywności zdrowotnej i organizacyjnej oraz rekomendacje dotyczące dalszych działań profilaktycznych w populacji Gminy Kleszczów. Raport końcowy zostanie przekazany jednostce samorządu terytorialnego oraz - zgodnie z ustawą - do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

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

Zaplanowane interwencje w ramach programu będą realizowane na terenie Gminy Kleszczów przez Realizatora lub Realizatorów wyłonionych w konkursie ofert, przeprowadzonym zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. 2024 poz. 146, z późn. zm.). Wszystkie procedury diagnostyczne, profilaktyczne i terapeutyczne wykonywane w ramach programu będą realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi wytycznymi klinicznymi oraz przepisami prawa regulującymi zasady wykonywania działalności leczniczej.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji będą spełniały wymagania określone w przepisach dotyczących warunków wykonywania działalności leczniczej, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów sanitarno-epidemiologicznych. Lokalizacja świadczeń musi zapewniać pełną dostępność dla wszystkich uczestników, w tym dla osób z

niepełnosprawnościami (np. odpowiednie podjazdy, drzwi o właściwej szerokości, toaleta przystosowana do potrzeb osób poruszających się na wózkach). Realizator zapewni również dostęp do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, w tym co najmniej jednego przystosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Realizator programu zobowiązany jest do dysponowania zapleczem lokalowym, sprzętowym i technicznym niezbędnym do prawidłowej realizacji świadczeń przewidzianych w programie, w tym:

- wyposażeniem gabinetu stomatologicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- sprzętem stomatologicznym, profilaktycznym i zabiegowym dopuszczonym do obrotu na terytorium RP,
- sprzętem diagnostycznym, w tym aparatem RTG do zdjęć wewnątrzustnych lub dostępem do jego wykonania na zasadach zapewniających ciągłość realizacji programu,
- materiałami stomatologicznymi zarejestrowanymi i dopuszczonymi do stosowania na terenie Polski, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami naukowymi,
- zasobami technicznymi niezbędnymi do prowadzenia działań edukacyjnych (materiały audiowizualne, sprzęt multimedialny, możliwość prowadzenia szkoleń on-line).

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona, archiwizowana i udostępniana zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącego dokumentacji medycznej, ochrony danych osobowych oraz bezpieczeństwa informacji, w tym z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Podmiot realizujący program będzie dysponował personelem posiadającym kwalifikacje odpowiednie do wykonywania świadczeń przewidzianych w programie, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz innymi przepisami regulującymi zasady wykonywania zawodu:

1. Personel kwalifikujący do programu:

- lekarz dentysta oraz
- pielęgniarka lub higienistka stomatologiczna - zgodnie z zakresem posiadanych uprawnień.

2. Personel realizujący działania informacyjne i edukacyjne:

- lekarz dentysta,
- pielęgniarka,
- higienistka stomatologiczna,
- asystent medyczny,
- edukator zdrowotny.
- nauczyciel

osoby z wiedzą merytoryczną dot. zagadnień zdrowotnych i profilaktycznych do prowadzenia edukacji i promocji profilaktyki.

Wybór osób prowadzących działania edukacyjne odbywa się z uwzględnieniem ich kompetencji, doświadczenia oraz posiadanych kwalifikacji potwierdzających przygotowanie do prowadzenia edukacji zdrowotnej.

3. Personel wykonujący świadczenia w zakresie profilaktyki stomatologicznej:

- zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi prowadzenia działalności leczniczej i realizacji świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych lub w ramach programów zdrowotnych.

Realizator będzie zobowiązany do zapewnienia sprzętu pomocniczego odpowiedniego do prowadzenia działań edukacyjnych, w tym materiałów szkoleniowych, narzędzi multimedialnych oraz infrastruktury umożliwiającej prowadzenie szkoleń zarówno w formie stacjonarnej, jak i on-line. Ponadto musi zapewnić warunki organizacyjne i techniczne umożliwiające realizację programu zgodnie z wytycznymi przekazanymi przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz z obowiązującymi przepisami prawa.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Monitoring i ewaluacja programu będą prowadzone w sposób ciągły w całym okresie jego realizacji i obejmą trzy zasadnicze obszary oceny:

1. zgłaszalność uczestników do programu, stanowiącą podstawowe kryterium bieżącego monitorowania jego przebiegu;
2. jakość realizowanych świadczeń profilaktycznych, edukacyjnych i stomatologicznych;
3. efektywność interwencji ocenianą na podstawie mierników epidemiologicznych oraz rezultatów osiągniętych przez uczestników programu.

Analiza tych obszarów umożliwi stałą ocenę prawidłowości realizacji programu oraz ocenę jego trwałości i długofalowego wpływu na stan zdrowia jamy ustnej populacji Gminy Kleszczów.

Kontynuacja/trwałość programu

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

V.1 Monitorowanie

Monitorowanie programu będzie prowadzone w sposób ciągły aż do zakończenia jego realizacji. Podstawowym elementem monitoringu jest ocena zgłaszalności uczestników, mierzona liczbą osób, które wyraziły zgodę na udział w programie oraz skorzystały z poszczególnych świadczeń. Dane dotyczące zgłaszalności będą odniesione do liczebności populacji docelowej oraz harmonogramu działań przewidzianych w programie.

W ramach monitoringu analizowane będą m.in.:

- 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.

Realizator będzie zobowiązany do prowadzenia bieżącej ewidencji wszystkich uczestników programu w formie elektronicznej bazy danych (np. arkusz Microsoft Excel), zawierającej co najmniej:

- datę wyrażenia zgody na udział w programie,
- zgody na przetwarzanie danych osobowych i na kontakt (numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL uczestnika wraz ze zgodą na jego wykorzystanie na potrzeby oceny efektów zdrowotnych,

- informacje o udzielonych świadczeniach (wizyta kwalifikacyjna, działania edukacyjne, interwencje profilaktyczne),
- datę i powód zakończenia udziału w programie (zakończenie interwencji, rezygnacja, wykluczenie na podstawie kryteriów formalnych lub medycznych).

W ramach monitoringu szczególna uwaga zostanie zwrócona na osoby, które pomimo wyrażenia zgody nie przystąpiły do świadczeń lub zrezygnowały z udziału na poszczególnych etapach programu. Analiza przyczyn rezygnacji pozwoli na identyfikację barier uczestnictwa oraz na podjęcie działań ograniczających ich wpływ w kolejnych latach realizacji programu.

Jakość świadczeń realizowanych w ramach programu może zostać poddana ocenie przez niezależnego eksperta z dziedziny stomatologii, np. konsultanta wojewódzkiego. Ocena ta obejmie m.in. poprawność merytoryczną i organizacyjną programu, adekwatność stosowanych procedur do obowiązujących standardów oraz zgodność działań realizatorów z założeniami programu.

Na potrzeby monitorowania jakości świadczeń każdy uczestnik programu, po zakończeniu udziału, będzie proszony o wypełnienie anonimowej ankiety oceny satysfakcji. Kwestionariusz zostanie przygotowany przez Realizatora i udostępniony uczestnikom w formie papierowej lub elektronicznej. Zebrane ankiety zostaną poddane analizie pod kątem zgłaszanych uwag, poziomu zadowolenia oraz oceny organizacji i jakości udzielanych świadczeń. Wyniki zostaną ujęte w raportach okresowych oraz raporcie końcowym z realizacji programu.

Do raportu końcowego należy dołączyć zbiorcze dane dotyczące jakości świadczeń, np. procentowy udział opinii pozytywnych wśród wszystkich ankiet oceny jakości.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja programu stanowi systematyczne, zaplanowane badanie społeczno-ekonomiczne, którego celem jest ocena jakości, wartości oraz skuteczności programów publicznych. Jej zadaniem jest podniesienie jakości projektowania, wdrażania oraz zarządzania programami polityki zdrowotnej, a także ocena ich wpływu na populację objętą interwencją. Ewaluacja obejmuje analizę skuteczności działań, ocenę efektywności wykorzystania środków finansowych, ocenę wpływu programu na stan zdrowia populacji oraz identyfikację czynników, które zadecydowały o sukcesie lub trudnościach w realizacji interwencji.

Proces ewaluacji umożliwia nie tylko krytyczną ocenę udzielanej pomocy, jej jakości i adekwatności, ale również stanowi narzędzie doskonalenia systemu wdrażania programu i jego działań. Badania ewaluacyjne pozwalają identyfikować dobre praktyki, wskazywać rozwiązania, które mogą zostać wykorzystane w kolejnych edycjach programu lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego, a także formułować wnioski dotyczące polityki zdrowotnej w zakresie poprawy spójności społecznej, terytorialnej i zdrowotnej.

Za ocenę efektywności programu odpowiada Instytucja finansująca program, która dokonuje jej na podstawie informacji, raportów okresowych i sprawozdań przekazywanych przez Realizatora lub Realizatorów. Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu wszystkich działań przewidzianych w programie polityki zdrowotnej. Jej podstawą jest porównanie stanu

wyjściowego populacji przed rozpoczęciem interwencji ze stanem po zakończeniu realizacji programu, z wykorzystaniem mierników efektywności wskazanych w programie.

Ewaluacja programu zostanie przeprowadzona po zakończeniu wszystkich działań zaplanowanych w ramach programu polityki zdrowotnej, w terminie do 3 miesięcy od zakończenia jego realizacji. Celem ewaluacji będzie ocena skuteczności, efektywności oraz jakości interwencji podejmowanych w programie, a także analiza stopnia osiągnięcia jego celów zdrowotnych i edukacyjnych.

W ramach ewaluacji zostanie dokonana analiza następujących elementów:

- efektywności działań edukacyjnych, ocenianej na podstawie wyników testów wiedzy (pre-test i post-test), pozwalających określić zmianę poziomu wiedzy uczestników,
- zgłaszalności do programu, ocenianej na podstawie sprawozdań rocznych Realizatora, z uwzględnieniem liczby zgód na udział, liczby osób zakwalifikowanych, liczby uczestników działań edukacyjnych, liczby osób korzystających ze świadczeń profilaktycznych oraz liczby rezygnacji,
- jakości udzielanych świadczeń, ocenianej na podstawie analizy ankiet satysfakcji wypełnianych anonimowo przez uczestników programu, obejmujących ocenę organizacji działań, przebiegu wizyt, jakości komunikacji oraz poziomu zadowolenia,
- efektywności klinicznej i zdrowotnej, ocenianej na podstawie mierników efektywności przewidzianych w programie, w tym m.in. zmian wartości wskaźników PUW i OHI-S, odsetka osób, u których poprawił się stan zdrowia jamy ustnej, oraz odsetka osób, u których odnotowano poprawę zachowań higienicznych.

Ponadto ewaluacja będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w rozdziale „Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej”. Weryfikacji podlegać będzie w szczególności:

- 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.

Jeżeli dostępne będą odpowiednie dane epidemiologiczne, ewaluacja powinna uwzględniać także:

- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w populacji uczestników oraz w populacji spełniającej kryteria włączenia,
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w populacji uczestników oraz w populacji spełniającej kryteria włączenia.

Należy podkreślić, że w przypadku działań z zakresu profilaktyki próchnicy zębów rzeczywisty wpływ programu ujawnia się dopiero w perspektywie wieloletniej i zależy od utrzymania trwałości efektów zdrowotnych po zakończeniu interwencji. Ewaluacja będzie zatem obejmowała zarówno ocenę wyników bezpośrednich, jak i efektów długoterminowych.

Wyniki ewaluacji zostaną zestawione i opisane w raporcie końcowym, który zostanie przekazany Instytucji finansującej wraz z pierwotnym egzemplarzem programu wdrożonego do realizacji. Raport końcowy będzie stanowił podstawę do oceny stopnia realizacji celów programu oraz do podjęcia decyzji dotyczących jego kontynuacji lub modyfikacji w kolejnych latach.

W celu zapewnienia najwyższej jakości procesu ewaluacji jednostka samorządu terytorialnego może rozważyć przeprowadzenie ewaluacji przez eksperta zewnętrznego posiadającego doświadczenie w ocenie programów zdrowotnych lub w zakresie profilaktyki stomatologicznej. Pozwoli to na uzyskanie rzetelnych, obiektywnych i praktycznych wniosków, które mogą zostać wykorzystane w projektowaniu kolejnych edycji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2026-2028 została przeznaczona kwota 1 500 000 zł rocznie, co daje 4 500 000 zł na cały trzyletni okres trwania programu. Wysokość środków została określona na podstawie zakresu interwencji stomatologicznych, działań edukacyjnych i diagnostycznych przewidzianych w programie oraz aktualnych potrzeb zdrowotnych populacji dorosłych mieszkańców Gminy Kleszczów.

Przy opracowywaniu kosztorysu przyjęto następującą metodologię: na podstawie danych dotyczących liczebności populacji określono potencjalną liczbę osób kwalifikujących się do udziału w programie. Koszty jednostkowe przypisane poszczególnym świadczeniom diagnostycznym, edukacyjnym i stomatologicznym przemnożono przez szacowaną liczbę uczestników. W kalkulacji ujęto również koszty przygotowawcze, w tym koszty kampanii informacyjnej, organizacji wizyty kwalifikacyjnej, przeprowadzenia działań edukacyjnych, prowadzenia dokumentacji, a także monitorowania i ewaluacji programu.

Koszty programu zostały podzielone na koszty bezpośrednie oraz koszty pośrednie.

Koszty bezpośrednie obejmują wszystkie wydatki związane z realizacją interwencji przewidzianych w programie - m.in. wizyty kwalifikacyjne, świadczenia stomatologiczne, badania diagnostyczne, działania edukacyjne oraz interwencje profilaktyczne.

Koszty pośrednie to wydatki niezbędne do zapewnienia prawidłowej organizacji i obsługi programu, lecz niezwiązane bezpośrednio z samą interwencją zdrowotną. Obejmują one m.in. koszty materiałów promocyjnych i informacyjnych, obsługi administracyjnej, zabezpieczenia systemu obsługi dokumentacji, a także monitorowania i ewaluacji programu. Zgodnie z zasadami finansowania programów polityki zdrowotnej, koszty pośrednie mogą stanowić nie więcej niż 15% kosztów bezpośrednich i będą rozliczane ryczałtowo.

Przedstawione wyliczenia mają charakter symulacji, a ostateczne koszty będą zależne od projektów złożonych w konkursie ofert na realizację programu. Poszczególne podmioty mogą przedstawić różne modele organizacyjne i różne kalkulacje kosztów jednostkowych, co przełoży się na ostateczny kształt budżetu. Wydatki mogą różnić się także w zależności od liczby uczestników, zastosowanych materiałów profilaktycznych, zakresu diagnostyki, a także kosztów pracy personelu medycznego.

W przypadku zmian organizacyjnych lub finansowych - takich jak zmiana wysokości środków przeznaczonych na realizację programu przez Instytucję finansującą lub zmiana cen jednostkowych świadczeń - liczba uczestników programu będzie odpowiednio dostosowana do dostępnych zasobów. Może to skutkować zarówno zwiększeniem, jak i zmniejszeniem liczby osób objętych programem w latach 2026-2028.

Program zakłada trzyletni okres realizacji. Wszelkie zmiany w zakresie finansowania w trakcie trwania programu będą miały bezpośredni wpływ na jego zakres, skalę oraz możliwą liczbę uczestników objętych interwencją.

VI.1 Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje wszystkie wydatki związane zarówno z przygotowaniem, organizacją oraz realizacją programu polityki zdrowotnej, jak i z przeprowadzeniem świadczeń

zdrowotnych przewidzianych w interwencji. W skład kosztów jednostkowych wchodzi w szczególności: koszty działań przygotowawczych, kampanii informacyjnej, wizyt kwalifikacyjnych, świadczeń stomatologicznych, działań edukacyjnych, zakupu materiałów profilaktycznych, a także diagnostyki obrazowej wykonywanej w uzasadnionych przypadkach (np. zdjęcia RTG).

Poniższa tabela przedstawia symulację kosztów rocznych w ramach programu realizowanego w latach 2026-2028, przy założeniu finansowania programu na poziomie 1 500 000 zł rocznie.

Tabela 1. Rodzaje i wysokość kosztów rocznych działań w ramach programu

Lp.	Działanie	Suma koszt całkowity
Koszty pośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)		
1.	Ewaluacja i monitorowanie	10.000 zł
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	10.000 zł
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	10.000 zł
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	15.000 zł
suma kosztów pośrednich		45.000 zł
Koszty bezpośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)		
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych	25.000 zł
2.	Koszt przeprowadzenia każdej interwencji zaplanowanej w ramach programu wraz z zakupem gadżetów promocyjnych dla uczestników programu	1.405.000 zł
3.	Koszt realizacji edukacji dla uczestników programu	15.000 zł
4.	Koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego	10.000 zł
suma kosztów bezpośrednich		1.455.000 zł
SUMA CAŁKOWITA ROCZNA		1.500.000 zł

Źródło: opracowanie własne

Znając poziom finansowania programu oraz liczebność populacji docelowej, szacuje się, że w okresie trzech lat realizacji (2026-2028) programem będzie można objąć działaniami profilaktycznymi i stomatologicznymi około 100% populacji spełniającej kryteria włączenia. Przy rocznym budżecie programu na poziomie 1 500 000 zł, przy uwzględnieniu zarówno kosztów interwencji stomatologicznych, jak i kosztów organizacyjnych, administracyjnych oraz edukacyjnych, szacunkowy koszt jednostkowy programu w przeliczeniu na jednego uczestnika wyniesie około 1 500 zł na osobę.

VI.2 Koszty całkowite

Planowane koszty realizacji programu całościowe oraz w poszczególnych latach wykazane są w tabeli 5.

Tabela 2. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu

Lp.	Działanie	2026 rok	2027 rok	2028 rok	Suma koszt całkowity
Koszty pośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)					
1.	Ewaluacja i monitorowanie	10.000 zł	10.000 zł	10.000 zł	30.000 zł
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	10.000 zł	10.000 zł	10.000 zł	30.000 zł
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	10.000 zł	10.000 zł	10.000 zł	30.000 zł
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	15.000 zł	15.000 zł	15.000 zł	45.000 zł
suma kosztów pośrednich rocznie		45.000 zł	45.000 zł	45.000 zł	135.000 zł
Koszty bezpośrednie (przykładowy katalog działań - katalog otwarty)					
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych	25.000 zł	25.000 zł	25.000 zł	75.000 zł
2.	Koszt przeprowadzenia każdej interwencji zaplanowanej w ramach programu wraz z zakupem gadżetów promocyjnych dla uczestników programu	1.405.000 zł	1.405.000 zł	1.405.000 zł	4.215.000 zł
3.	Koszt realizacji edukacji dla uczestników programu	15.000 zł	15.000 zł	15.000 zł	45.000 zł
4.	Koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego	15.000 zł	15.000 zł	15.000 zł	45.000 zł
suma kosztów bezpośrednich rocznie		1.455.000 zł	1.455.000 zł	1.455.000 zł	4.365.000 zł
SUMA CAŁKOWITA		1.500.000 zł	1.500.000 zł	1.500.000 zł	4.500.000 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucję finansującą program

na lata 2026-2028. Realizator/Realizatorzy na etapie opracowania wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 4.500.000 zł** w latach 2026-2028.

VI.3 Źródła finansowania

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

Gmina Kleszczów w okresie realizacji programu bierze pod uwagę możliwość ubiegania się o dofinansowanie do 40% kosztów działań realizowanych w ramach programu przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. z 2017 r. poz. 9).

VII. Bibliografia

Opinia RP / AOTMiT

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

Raporty AOTMiT

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

Źródła rekomendacji

1. American Academy of Pediatric Dentistry (2022). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Consequences and Preventive Strategies.
2. American Academy of Pediatric Dentistry (2022). Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry.
3. National Health Service (2021). Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention.
4. Olczak-Kowalczyk D., Mielczarek A., Kaczmarek U. et al. (2022). Środki fluorkowe w zapobieganiu i leczeniu próchnicy i erozji zębów u dzieci, młodzieży i dorosłych - rekomendacje Polskich Ekspertów. Nowa Stomatologia, 27(2): 35-59.
5. US Preventive Services Task Force (2021). Screening and Interventions to Prevent Dental Caries in Children Younger Than 5 Years. JAMA, 326(21): 2172-2178.

Źródła dowodów wtórnych

1. Chou R., Pappas M., Dana T. et al. (2021). Screening and Interventions to Prevent Dental Caries in Children Younger Than 5 Years. JAMA, 326(21): 2179-2192.
2. Chou R., Bougatsos C., Griffin J. et al. (2023). Screening, Referral, Behavioral Counseling, and Preventive Interventions for Oral Health in Children and Adolescents Aged 5-17 Years. JAMA, 330(17): 1674-1686.
3. Choubey S., Patil A., Talekar A. L. et al. (2022). Nanosilver fluoride as a caries arresting agent in children: A systematic review and meta-analysis. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 40(3): 230-238.
4. Colvara B.C., Faustino-Silva D.D., Meyer E. et al. (2023). Motivational interviewing for preventing early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol. 49(1): 10-16.
5. Davidson T., Blomma C., Bågesund M. et al. (2021). Cost-effectiveness of caries preventive interventions - a systematic review. Acta Odontol Scand. 79(4): 309-320.
6. Dhyppolito I.M., Nadanovsky P., Cruz L.R. (2023). Economic evaluation of fluoride varnish application in preschoolers: A systematic review. Int J Paediatr Dent. 33(5): 431-449.
7. Faghihian R., Faghihian E., Kazemi A. et al. (2020). Impact of motivational interviewing on early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. J Am Dent Assoc. 151(9): 650-659.
8. Faisal M. R., Mishu M. P., Jahangir F. et al. (2022). Effectiveness of behaviour change interventions delivered by non-dental health workers in promoting children's oral health: A systematic review and meta-analysis. PLoS One, 17(1): e0262118.
9. He S., Choong E.K.M., Duangthip D. et al. (2023). Clinical interventions with various agents to prevent early childhood caries: A systematic review with network meta-analysis. Int J Paediatr Dent. 33(5): 507-520.
10. Kashbour W., Gupta P., Worthington H.V. et al. (2020). Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. CD003067.
11. Khan S.Y., Schroth R.J., Cruz de Jesus V. et al. (2024). A systematic review of caries risk in children <6 years of age. Int J Paediatr Dent. 34(4): 410-431.

12. Lam P.P.Y., Sardana D., Ekambaram M. et al. (2020). Effectiveness of Pit and Fissure Sealants for Preventing and Arresting Occlusal Caries in Primary Molars: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Evid Based Dent Pract.* 20(2): 101404.
13. Luo B. W., Liang N. L., Townsend J. A. et al. (2024). Sugar substitutes on caries prevention in permanent teeth among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 146: 105069.
14. Manchanda S., Sardana D., Liu P. et al. (2022). Topical fluoride to prevent early childhood caries: Systematic review with network meta-analysis. *J Dent.* 116: 103885.
15. Ramamurthy P., Rath A., Sidhu P. et al. (2022). Sealants for preventing dental caries in primary teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* CD012981.
16. Rashed T., Alkhalefa N., Adam A. et al. (2022). Pit and Fissure Sealant versus Fluoride Varnish for the Prevention of Dental Caries in School Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Clin Pract.* 8635254.
17. Wong M. C. M., Zhang R., Luo B. W. et al. (2024). Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* CD007693.
18. Yu L., Yu X., Li Y. et al. (2021). The additional benefit of professional fluoride application for children as an adjunct to regular fluoride toothpaste: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 25(6): 3409-3419.

Problem zdrowotny / epidemiologia

1. Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2024). Mapy potrzeb zdrowotnych. Mapa potrzeb na lata 2022-2026.
2. Ministerstwo Zdrowia (2021). Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej na lata 2016-2020.
3. Najwyższa Izba Kontroli (2024). Dostępność do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych.
4. Olczak-Kowalczyk D., Mielczarek A., Kaczmarek U. et al. (2021). Choroba próchnicowa i stan tkanek przyzębia populacji polskiej. Podsumowanie wyników badań z lat 2016-2019.
5. Olczak-Kowalczyk D., Turska-Szybka A., Woynarowska-Sołdan M. et al. (2021). Wiedza i zachowania zdrowotne a próchnica zębów u dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2016-2019.
6. Olczak-Kowalczyk D., Turska-Szybka A., Tomczyk J. et al. (2021). Uwarunkowania stanu zdrowia jamy ustnej i uszkodzenia urazowe zębów u dzieci i młodzieży w Polsce w 2020 roku.
7. Portal Stomatologa (2023). Systemy oznaczania zębów.

VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

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

Data wypełnienia ankiety:

Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna Wiek:

Data wizyty:

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

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

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Punktualność</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Udzielenie pełnej informacji o szczepieniu, możliwych działaniach niepożądanych oraz postępowaniu po szczepieniu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

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

Inne uwagi

--

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

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

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór

WZÓR

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

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

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

.....
Data i czytelny podpis i pieczęć

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO), wyłącznie w celu realizacji, monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)
Uczestnika/Uczestniczki

.....
Data i czytelny podpis

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca realizatora programu

.....
Data i czytelny podpis i pieczęć
Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO)

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym: imienia, nazwiska, wieku, numeru PESEL, danych kontaktowych) przez

- (nazwa realizatora) jako Administratora danych, w celu:
- potwierdzenia mojego uczestnictwa w programie,
 - prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości,
 - realizacji obowiązków wynikających z przepisów o programach polityki zdrowotnej.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w jasny, zrozumiały i jednoznaczny sposób.

Mam świadomość, że:

- przysługuje mi prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie,
- przysługuje mi prawo dostępu do moich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- dane będą przetwarzane wyłącznie w związku z realizacją programu i nie będą przekazywane osobom trzecim poza przypadkami przewidzianymi prawem.

.....
Data i czytelny podpis

Uczestnika/Uczestniczki programu

ORYGINAŁ/KOPIA

ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

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

Data wypełnienia ankiety:

Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna Wiek:

Data wizyty:

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

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

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

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

<i>Zdecydowanie tak</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Trudno powiedzieć</i>	<i>Raczej nie</i>	<i>Zdecydowanie nie</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

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

Inne uwagi dotyczące działań edukacyjnych

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

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

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

ZAŁĄCZNIK 4. Sprawozdanie częściowe

Sprawozdanie częściowe z realizacji programu
do umowy z dnia r. z realizacji Programu Polityki Zdrowotnej
w okresie od dnia r. do dnia r.

.....
(nazwa placówki realizującej Program)

Rodzaj wykonanych świadczeń (nazwa świadczenia)	Liczba poszczególnych świadczeń	Liczba osób którym udzielono świadczenia	Wielkość wydatkowanych środków w zł	Uwagi
RAZEM				
Zajęcia edukacyjne	Liczba zajęć edukacyjnych	Liczba uczestników	Wielkość wydatkowanych środków w zł	
RAZEM				

.....
Data i podpis osoby sporządzającej
upoważnionej/ sprawozdanie

.....
Data i podpis osoby /osób/
upoważnionych do reprezentacji

ZAŁĄCZNIK 5. Sprawozdanie końcowe

Sprawozdanie końcowe z realizacji programu

do umowy z dnia r. z realizacji programu polityki zdrowotnej
w okresie od dnia r. do dnia r.

.....
(nazwa placówki realizującej Program)

Rodzaj wykonanych świadczeń	Liczba poszczególnych świadczeń	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	Wielkość wydatkowanych środków w zł
Badanie			
Profilaktyka stomatologiczna			
Leczenie choroby próchnicowej zębów			
Liczba osób przyjętych w ramach programu			
Opisowa ocena realizacji programu			

.....
Data i podpis osoby sporządzającej
upoważnionej/ sprawozdanie

.....
Data i podpis osoby /osób/
upoważnionych do reprezentacji

Załącznik Nr 3 do uchwały Nr XXII/187/2025
Rady Gminy Kleszczów
z dnia 25 listopada 2025 r.



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

**Program polityki zdrowotnej
w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych z użyciem szczepionki
wysokoskojarzonej „6w1”**

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2024 poz. 146)

Kleszczów, listopad 2025 r.
Urząd Gminy Kleszczów

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

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



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

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

Spis treści

Spis treści.....	3
Spis tabel:	4
Spis rycin:	4
Podstawa przygotowania programu	5
I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	6
I.1 Opis problemu zdrowotnego	6
Błonica	6
Tężec	6
Krzusiec.....	6
Polio	7
Haemophilus influenzae typu b	7
Wirusowe zapalenie wątroby typu B.....	8
Zapobieganie zakażeniom	8
I.2 Dane epidemiologiczne	10
I.3. Opis obecnego postępowania.....	15
Szczepienia i szczepionki.....	15
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	20
II.1 Cel główny	20
II. 2 Cele szczegółowe.....	20
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	20
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	22
III.1 Populacja docelowa	22
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	23
Kryteria włączenia do programu.....	23
III.3 Planowane interwencje	25
III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	27
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	28
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	30
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	30
Ad 1. Akcja informacyjna	31
Ad 2. Działania edukacyjne	31
Ad 3. Rekrutacja do programu.....	33
Ad 4. Interwencja terapeutyczna.....	33
Ad 5. Monitoring działań	34
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	34
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	37
V.1 Monitorowanie	37
V.2 Ewaluacja	38
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	40
VI.1 Koszty jednostkowe	40
VI.2 Koszty całkowite	40
Koszty roczne organizacyjne po stronie Organizatora:	40
Koszty roczne realizacji interwencji po stronie Realizatora:	41
VI.3 Źródła finansowania.....	42
VII. Bibliografia	43
VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora	45
ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór	45

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór	46
b. Zgoda na udział w programie.....	49
c. Sprawozdanie z wykonania świadczeń.....	51
d. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne	52

Spis tabel:

Tabela 1. Koszty pozamedyczne roczne realizacji programu	41
Tabela 2. Planowany całościowy budżet programu	42

Spis rycin:

Rycina 2. Kalendarz szczepień na 2025 rok	17
Rycina 2. Piramida wieku mieszkańców gminy Kleszczów, 2023 rok.....	22

Podstawa przygotowania programu

Program został przygotowany na podstawie:

- Rekomendacji nr 74/2020 z dnia 23 października 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego;
- Stanowiska Rady Przejrzystości nr 62/2021 z dnia 31 maja 2021 roku;
- Rekomendacji nr 62/2021 z dnia 31 maja 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny produktu;
- aktualnych wytycznych Programu Szczepień Ochronnych na rok 2026, ogłoszonych Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2025 r. (Dz.Urz. Ministra Zdrowia, poz. 85).

Niniejszy program polityki zdrowotnej zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 146 z późn. zm.) oraz został przygotowany w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

Program stanowi kontynuację programu polityki zdrowotnej Gminy Kleszczów ocenionego opinią Prezesa AOTMiT nr 67/2022 z dnia 27 grudnia 2022 r., a także uwzględnia aktualny stan prawny, epidemiologiczny i demograficzny obowiązujący w 2025 roku.

Po zakończeniu realizacji obecnej edycji programu w grudniu 2025 r. zostanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, przygotowany raport końcowy z realizacji programu i przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Niniejszy dokument stanowi projekt kolejnej edycji programu przewidzianej na lata 2026-2028.

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

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Błonica, określana też jako dyfteryt, krup lub dławiec, jest ostrą i ciężką chorobą zakaźną, wywoływaną przez bakterie zwane maczugowcami błonicy. Do zakażenia dochodzi głównie drogą kropelkową lub przez bezpośredni kontakt z osobą chorą lub nosicielem. Objawy pojawiają się początkowo w miejscu kolonizacji bakterii, czyli w gardle, na migdałkach podniebiennych, w krtani, rzadziej w nosie, na spojówkach i błonach śluzowych narządów płciowych. W miejscach wniknięcia do organizmu bakterie wywołują martwicę tkanek, tzw. pseudobłony rzekome mające postać szarych, półprzezroczystych lub czarnych nalotów, krwawiących przy próbie oderwania. Razem z powiększającymi się szarymi węzłami chłonnościami i obrzękiem szyi mogą prowadzić do zwężenia światła gardła i krtani oraz zgonu w wyniku niewydolności oddechowej lub zatrzymania krążenia. Maczugowce błonicy wydzielają silną toksynę błoniczą, która rozprzestrzeniając się w organizmie, może prowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu wielu narządów, tj. zapalenia mięśnia sercowego, martwicy cewek nerkowych. Mogą również wystąpić powikłania neurologiczne, takie jak porażenie podniebienia i tylnej ściany gardła, porażenie mięśni odpowiedzialnych za ruchy gałek ocznych, porażenia kończyn i mięśni twarzy.

Do zakażenia dochodzi najczęściej drogą kropelkową lub w wyniku bezpośredniego kontaktu z chorym lub nosicielem. W miejscach wniknięcia do organizmu bakterie wywołują martwicę tkanek, tzw. pseudobłony rzekome. Okres wylegania choroby trwa 2-5 dni. W latach pięćdziesiątych XX wieku w Polsce rejestrowano ok. 40 000 zachorowań i 3 000 zgonów rocznie. Sytuacja radykalnie zmieniła się po wprowadzeniu powszechnych szczepień ochronnych w 1954 r.

Obecnie w Polsce nie rejestruje się przypadków błonicy, jednak od 2022 r. w wielu krajach Europy odnotowuje się ponowny wzrost przypadków i ognisk błonicy, głównie związanych z migracją oraz niewystarczającym poziomem szczepień, co podkreśla konieczność utrzymania wysokiej wyszczepialności również w populacji dziecięcej.

Tężec to zakaźna choroba układu nerwowego spowodowana działaniem toksyny tężcowej (neurotoksyny) wytwarzanej przez laseczki tężca (łac. *Clostridium tetani*). Występują one powszechnie: w glebie, kurzu, wodzie, a nawet w przewodzie pokarmowym zwierząt. Okres wylegania choroby wynosi średnio 8 dni (od 3 dni do 3 tygodni). Źródłem zakażenia może być nawet bardzo drobne skaleczenie i otarcie naskórka, które nie wymaga pomocy lekarskiej. W wyniku kontaktu z raną bakterie produkują neurotoksynę blokującą zakończenia nerwowe. W efekcie u chorego może nastąpić nadwrażliwość na bodźce, porażenie mięśni, a nawet zgon. Jednak największe ryzyko zachorowania dotyczy zakażenia ran tłuczonych, zmiażdżonych, klutych, a także rozległych odmrożeń i oparzeń.

W Polsce każdego roku rejestruje się pojedyncze zachorowania na tężec, głównie u osób starszych nieprzyjmujących dawek przypominających - co jest nadal ważnym argumentem epidemiologicznym dla utrzymywania cyklu szczepień w populacji dziecięcej.

Krztusiec (koklusz) to choroba zakaźna wywoływana przez bakterie, tzw. pałeczki krztuśca (łac. *Bordetella pertussis*). Do zakażenia może dojść w każdym wieku, jednak najostrzej choroba przebiega u noworodków, niemowląt oraz małych dzieci. Krztusiec jest bardzo zaraźliwy - aż 90% nieuodpornionych osób ulega zakażeniu na skutek kontaktu z chorym. Zakażenie bakterią następuje drogą kropelkową. Po przedostaniu się do organizmu bakterie wnikają do tkanek, gdzie namnażają się i wydzielają najważniejszą toksynę krztuścową (łac. *Pertussis Toxin*, PT).

Przeciętnie czas wylegania choroby wynosi od 9 do 10 dni (ale nawet do 20). Toksyny krztuścowe niszczą miejscowo nabłonek układu oddechowego. Po przedostaniu się do układu krwionośnego wywołują wiele ogólnych objawów, m.in. długotrwałe napady duszącego kaszlu, często połączonego z wymiotami. Napadowy kaszel związany jest z trudnością w pozbyciu się z oskrzeli lepkiej wydzieliny, w której skład wchodzi komórki zapalne oraz uszkodzony nabłonek dróg oddechowych. Napady kaszlu mogą trwać wiele minut, prowadząc do całkowitego wyczerpania organizmu. Niekiedy również dochodzi do licznych powikłań. Choroba trwa wiele tygodni.

W Polsce od 2022 r. obserwuje się wzrost liczby rejestrowanych przypadków krztuśca, a w 2023 roku liczba zachorowań była najwyższa od ponad dekady (ponad 12 tys. zgłoszeń według NIZP PZH-PIB). Wzrost ten jest obserwowany również w Europie i wiązany jest z cyklicznością krztuśca oraz spadkiem odporności populacyjnej po pandemii COVID-19.

Polio (łac. poliomyelitis), nagminne porażenie dziecięce, to ostra choroba zakaźna wywoływana przez poliovirusy (wyróżnia się ich trzy typy - 1, 2 i 3). Zachorowanie spowodowane przez jeden z nich, nie chroni przed pozostałymi. Źródłem zakażenia jest bezpośredni kontakt z chorym człowiekiem. Zakażenie może nastąpić drogą kropelkową lub pokarmową (przez przedmioty oraz środki spożywcze zakażone wydzielinami z gardła bądź kałem). Poliovirusy namnażają się w jelitach, po czym przedostają się do krwi, która przenosi je do innych części ciała. Okres wylegania choroby trwa od 7 do 14 dni. Chorzy wydalają wirusy z kałem nawet do 6 tygodni. Najwyższa zakaźność występuje od kilku dni przed pojawieniem się pierwszych objawów do 3-4 tygodni po ich wystąpieniu. Po przedostaniu się wirusów do ośrodkowego układu nerwowego następuje uszkodzenie nerwów, czego następstwem może być niedowład lub trwałe porażenie mięśni.

Polska pozostaje krajem wolnym od polio, jednak WHO oraz ECDC od 2022 roku wskazują na ryzyko ponownego pojawienia się poliovirusa krążącego (cVDPV2) w Europie, w związku z wykryciami materiału wirusowego w ściekach w kilku krajach UE i Wielkiej Brytanii. PSO 2026 utrzymuje szczepienia przeciw polio jako szczepienia obowiązkowe.

Haemophilus influenzae typu b (Hib) to ciężka choroba bakteryjna występująca najczęściej u dzieci do 5. roku życia. Do zakażenia bakterią może dojść na skutek bezpośredniego kontaktu z nosicielem lub osobą chorą. Aby nastąpiło zachorowanie, bakterie, które trafiły na śluzówki nosa i gardła, muszą przedostać się do krwi. Okres wylegania bakterii wynosi od 2 do 4 dni. Objawy choroby występują u dzieci wrażliwych na zakażenie. U starszych dzieci oraz dorosłych zakażenie przebiega najczęściej bezobjawowo. Do czynników ryzyka wystąpienia choroby u dziecka zalicza się: młodszy wiek, przebywanie w miejscach zatłoczonych (np. przedszkole), posiadanie rodzeństwa w podobnym wieku, niedobór odporności. Cechą charakterystyczną wszystkich postaci zakażenia Hib jest bezobjawowy początek choroby oraz gwałtowny jej przebieg. Wśród dzieci do 2. roku życia u 20% występują ciężkie powikłania (uszkodzenie słuchu, upośledzenie rozwoju ruchowego, padaczka, ubytkowe objawy neurologiczne), a u 5% istnieje duże ryzyko zgonu. W przypadku dzieci w wieku 3-4 lat choroba objawia się zapaleniem nagłośni, co może doprowadzić w ciągu kilku godzin do śmierci na skutek uduszenia. Następstwem choroby bywa również zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, w którym często występują takie powikłania, jak np.: padaczka, głuchota, zaburzenia chodu, obniżenie sprawności intelektualnej.

W Polsce dzięki powszechnym szczepieniom przeciw Hib liczba zachorowań utrzymuje się na bardzo niskim poziomie, ale NIZP PZH odnotowuje pojedyncze przypadki inwazyjnej choroby Hib każdego roku - głównie u nieszczepionych lub niepełnie zaszczepionych dzieci.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B (wzw B) to jedna z najgroźniejszych chorób zakaźnych człowieka. Wywołuje ją wirus HBV (Hepatitis B Virus), który może wywoływać zakażenia ostre lub przewlekłe. Do zakażenia dochodzi przez kontakt z zakażoną krwią, kontakty seksualne z zakażonymi, poprzez niejałowy ostry sprzęt medyczny (igły i narzędzia chirurgiczne) skażony krwią osoby zakażonej, poprzez dzielenie się sprzętem podczas stosowania narkotyków. Do zakażenia dziecka może też dojść w czasie porodu od zakażonej wcześniej matki. Wirus HBV jest 100 razy bardziej zakaźny niż wirus HIV. Zakażenie HBV może zostać wyeliminowane lub przetrwać przez całe życie. Okres od zakażenia do wystąpienia objawów wynosi najczęściej 3-4 miesiące. Objawy wzw B w fazie ostrej występują u połowy zakażonych HBV. Nie są charakterystyczne i obejmują złe samopoczucie, brak apetytu, zażółcenie skóry oraz białkówki oczu, ciemne zabarwienie moczu, zaburzenia ze strony układu pokarmowego. Przewlekłe zapalenie wątroby to zakażenie utrzymujące się powyżej 6 miesięcy. Po upływie kilku lat może ono doprowadzić do rozwoju marskości wątroby. Przewlekłe zakażona osoba jest również narażona na ryzyko raka wątrobowokomórkowego.

W Polsce dzięki obowiązkowym szczepieniom niemowląt zakażenia w tej grupie wiekowej praktycznie nie występują, jednak NIZP PZH nadal raportuje przypadki zakażeń HBV u dorosłych - co podkreśla konieczność utrzymania szczepień dzieci zgodnie z PSO.

Zapobieganie zakażeniom

Program Szczepień Ochronnych na rok 2026 (PSO 2026), ogłoszony Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2025 r. (Dz.Urz. Ministra Zdrowia, poz. 85), utrzymuje obowiązkowe szczepienia przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis, Hib oraz wzw B. PSO 2026 dopuszcza stosowanie szczepionki wysoko skojarzonej „6 w 1” jako szczepienia zalecanego w schemacie 3+1 lub - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego - w schemacie 2+1, decyzją lekarza kwalifikującego.

Zgodnie z aktualnymi danymi epidemiologicznymi NIZP PZH-PIB oraz rekomendacjami WHO, utrzymanie wysokiego poziomu wyszczepialności we wczesnym dzieciństwie pozostaje kluczowe dla zapobiegania nawrotom krztuśca, pojawieniu się ognisk błonicy, zachorowaniom na Hib oraz dla zabezpieczenia populacji wobec ryzyka ponownego wprowadzenia poliovirusa na teren Europy.

Zachorowaniom na **błonicę** i epidemii błonicy można zapobiec jedynie poprzez utrzymanie wysokiego stanu zaszczepienia 3 dawkami szczepionki przeciw błonicy dzieci i podawaniu wszystkich zalecanych dawek przypominających nastolatkom i dorosłym.

Szczepionka przeciw błonicy należy do szczepionek inaktywowanych, zawiera oczyszczoną nieaktywną toksynę błoniczą (toksoid). Obowiązkowe (bezpłatne) szczepienie przeciw błonicy obejmuje dzieci i młodzież do ukończenia 19 r.ż. Szczepienie jest realizowane w postaci szczepionki skojarzonej przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP/DTaP), a w przypadku przeciwwskazań do szczepień przeciw krztuścowi szczepionką DT (przeciw błonicy i tężcowi) lub jako szczepionka monowalentna D (przeciw błonicy). Z upływem czasu odporność przeciw błonicy maleje, dlatego osobom dorosłym zalecane są dawki przypominające co 10 lat, w szczególności osobom podróżującym oraz tym, które mają kontakt z osobami przybywającymi z krajów endemicznego występowania błonicy. Szczepienie przypominające może być

wykonywane szczepionką przeciw błonicy i tężcowi lub szczepionką przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi.

Szczepionka przeciw błonicy jest bezpieczna. Może powodować łagodne odczyny miejscowe, tj. zaczerwienienie, bolesny obrzęk lub ogólne, tj. bóle głowy, podwyższenie temperatury ciała, uczucie rozbicia, które zwykle ustępują po 24 godzinach.

Szczepionka przeciw **tężcowi** należy do szczepionek inaktywowanych, zawiera oczyszczoną nieaktywną toksynę (tzw. toksoid) tężcową. Obowiązkowe (bezpłatne) szczepienie przeciw tężcowi obejmuje dzieci i młodzież do ukończenia 19 r.ż. Szczepienie jest realizowane w postaci szczepionki skojarzonej przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP/DTaP) lub w przypadku przeciwwskazań do szczepień przeciw krztuścowi szczepionką DT (przeciw błonicy i tężcowi) lub jako szczepionka monowalentna T (przeciw tężcowi). Odporność przeciw tężcowi zmniejsza się z upływem czasu, dlatego osobom dorosłym zalecane są dawki przypominające szczepionki co 10 lat. Szczepienie przypominające może być wykonywane szczepionką przeciw tężcowi, szczepionką przeciw błonicy i tężcowi lub szczepionką przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi.

Szczepionka przeciw tężcowi jest bezpieczna. Może powodować łagodne odczyny miejscowe, tj. ból w miejscu podania, zaczerwienienie, bolesny obrzęk.

Szczepionka przeciw **krztuścowi** zawsze jest podawana w jednym wstrzyknięciu jako szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP). Szczepionka DTP zawiera pełnokomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTWP) lub bezkomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTaP). Szczepionka przeciw krztuścowi należy do szczepień obowiązkowych dla dzieci i nastolatków. Ponieważ z upływem czasu obserwujemy obniżenie odpowiedzi odpornościowej, schemat szczepienia obejmuje podawanie kolejnych dawek szczepionki DTP lub DTaP dzieciom w 2, 3-4, 5, 16 -18 miesiącu życia oraz szczepionki DTaP w 6 roku życia. Szczepionka dTap (z obniżoną zawartością antygenów krztuśca) podawana jest jako obowiązkowa nastolatkom w 14 roku życia. W celu utrzymania odporności przeciw krztuścowi zalecane jest również szczepienie przypominające w 19 roku życia oraz dla osób dorosłych co 10 lat. Czas ochrony po zaszczepieniu dzieci szczepionką pełnokomórkową wynosi ok. 10-12 lat, a szczepionką bezkomórkową ok. 5 lat.

Ryzyko związane ze szczepieniem przeciw krztuścowi wiąże się z występowaniem miejscowych niepożądanych odczynów poszczepiennych (ból, zaczerwienienie, obrzęk w miejscu wkłucia) oraz ogólnych (gorączka i drażliwość). Ciężkie NOP takie jak zespół hipotoniczno-reaktywny, drgawki gorączkowe, ciężkie reakcje alergiczne występują rzadko i ustępują bez trwałych następstw. Ciężkie NOP występują przeciętnie raz na 10 000 podanych dawek szczepionki pełnokomórkowej i około 2-krotnie rzadziej po podaniu szczepionki bezkomórkowej.

Szczepionka przeciw **poliomyelitis** zawiera inaktywowane (zabite) poliovirusy. Jest podawana podskórną lub domięśniowo. Odstępy między poszczególnymi dawkami szczepionki powinny obejmować okres 6-8 tygodni. Aby uzyskać pełną ochronę dziecka wskazane jest podanie 4 dawek szczepionki. Wg kalendarza szczepień ochronnych podaje się 3 dawki szczepienia podstawowego w 3-4, 5-6 oraz 16-18 miesiącu życia. Dawka przypominająca podawana jest w 6 roku życia.

Szczepionka przeciw poliomyelitis jest bezpieczna. Bardzo rzadko występują odczyny miejscowe, tj.: lekkie zaczerwienienie, ból, stwardnienie lub obrzęk w miejscu wstrzyknięcia i

utrzymują się zwykle 1-2 dni. U niektórych dzieci i dorosłych po podaniu szczepionki mogą wystąpić objawy nieswoiste tj.: bóle głowy, wymioty, biegunka.

Szczepionki przeciw zakażeniom **Hib** są dostępne w postaci skoniugowanej (połączenie antygeny z nośnikiem ułatwiającym powstanie odporności). Występują jako szczepionki jednoskładnikowe lub w połączeniu z innymi antygenami chroniącymi przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz poliomyelitis. Szczepionka przeciw Hib jest przeznaczona dla dzieci od 6 tygodnia do 5 roku życia oraz starszych dzieci z grup ryzyka, np. po usunięciu śledziony. Szczepionki przeciw zakażeniom Hib charakteryzują się wysoką skutecznością, sięgającą 95%. Chronią również przed tzw. kolonizacją, a więc przenoszeniu bakterii przez zdrowe dzieci i narażaniu innych.

Szczepionki przeciw zakażeniom Hib są bezpieczne, nie odnotowano poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych. Do bardzo rzadkich objawów ogólnych należą: gorączka, gorsze samopoczucie, podrażnienie, ból w miejscu podania szczepionki, które zwykle ustępują w ciągu 12 do 24 godzin.

Dostępne są rekombinowane szczepionki przeciw **wzw B** zawierające oczyszczone białko powierzchniowe przygotowane metodami inżynierii genetycznej. Występują jako szczepionki pojedyncze (przeciw wzw B) oraz połączone (szczepionki wzw A + wzw B) lub jako szczepionki wysoko-skojarzone 6 w 1 (przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis, Hib, wzw B) w jednym wkłuciu do stosowania w programach szczepień małych dzieci. Szczepienie przeciw wzw B jest obowiązkowe dla wszystkich niemowląt oraz zalecane dla osób dorosłych z grup ryzyka wcześniej niezaszczepionych. Dla osób zdrowych wystarczą 3 dawki szczepionki (0-1-6 miesięcy), nie ma potrzeby sprawdzania poziomu przeciwciał ani podawania dawek przypominających. Dzieciom z niską masą urodzeniową stosujemy 4-dawkowy schemat szczepienia (0-1-2-12 miesięcy). U osób z chorobami przewlekłymi lub zaburzeniami układu odpornościowego po szczepieniu konieczne jest sprawdzanie poziomu przeciwciał i/lub dawki przypominające.

Szczepionka jest bezpieczna. Wywołuje bardzo rzadko odczyny głównie o charakterze miejscowym.

I.2 Dane epidemiologiczne

Do czasu wprowadzenia masowych szczepień **błonica** była przyczyną częstych epidemii, cechujących się wysoką śmiertelnością. W latach pięćdziesiątych XX wieku w Polsce rejestrowano ok. 40 000 zachorowań i 3 000 zgonów rocznie. Sytuacja radykalnie zmieniła się po wprowadzeniu powszechnych szczepień ochronnych w 1954 r.

Obecnie w Polsce występują sporadyczne przypadki błonicy - np. w 2023 r. zarejestrowano 1 przypadek, a w 2024 r. - 2 przypadki.

W europejskim regionie WHO w 2022 roku zgłoszono 359 przypadków błonicy (z czego 318 spowodowanych przez *Corynebacterium diphtheriae*).

Terenami endemicznego występowania błonicy są kraje Południowo-Wschodniej Azji, Południowego Pacyfiku, Bliskiego Wschodu, Afryki, Europy Wschodniej, a także Ameryki Środkowej. W Europie każdego roku odnotowuje się kilkadziesiąt przypadków, z liczbą zgonów sporadyczną.

W okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2022 r. w Europejskim Regionie WHO wykryto 57 przypadków błonicy. Większość przypadków wystąpiła latem, od czerwca do sierpnia.

Zachorowania zgłosiły Austria, Francja, Niemcy, Włochy, Szwajcaria i Wielka Brytania. 45 z 57 zgłoszonych przypadków dotyczyło błonicy skórnej: 42 z nich było spowodowane przez maczugowca błonicy *Corynebacterium diphtheriae*. Toksynogenne szczepy maczugowca błonicy wykryto w 27 przypadkach.

Klasyczny obraz błonicy atakujący układ oddechowy zgłoszono w 4 przypadkach, w tym jeden przypadek śmiertelny. Kolejnych 8 przypadków sklasyfikowano jako łagodną błonicę oddechową lub bezobjawową.

Większość zgłoszonych przypadków dotyczyła migrantów poszukujących azylu lub uchodźców z Afganistanu (37 przypadków), z Algierii, Kamerunu, Pakistanu lub Syrii.

W kolejnych miesiącach 2022 roku oraz w latach 2023-2025 odnotowano dalszy wzrost liczby przypadków błonicy w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Według danych ECDC, od początku 2022 r. do 30 kwietnia 2025 r. w krajach UE/EOG zgłoszono łącznie 536 przypadków błonicy wywołanej przez *Corynebacterium diphtheriae* (2022: 318 przypadków, 2023: 156 przypadków, 2024: 52 przypadki, 2025: 10 przypadków). Znaczna część zachorowań dotyczyła osób z grup szczególnie narażonych - migrantów, osób w kryzysie bezdomności oraz osób używających narkotyków. Pomimo zwiększonej liczby zachorowań, ECDC nie stwierdza dowodów na utrwaloną transmisję społecznościową w populacji ogólnej, podkreślając jednocześnie konieczność utrzymania wysokiego poziomu wyszczepialności w krajach europejskich.

Tężec występuje bardzo często w Afryce, Azji i Ameryce Południowej. Ponad 80 proc. przypadków to tężec noworodków. Co 3 minuty na świecie z powodu tężca umiera dziecko. Każdego roku z powodu tężca umiera około 50 000 osób, głównie w krajach o niskim poziomie szczepień i słabej infrastrukturze sanitarnej.

Tężec odpowiadał w przeszłości za znaczną część zgonów noworodków, jednak obecnie wdrożenie szczepień i programów eliminacji tężca noworodków spowodowało dramatyczny spadek liczby przypadków i zgonów. W Europie tężec to choroba rzadka. W Polsce dzięki obowiązkowym szczepieniom dzieci i młodzieży choroba ta została praktycznie wyeliminowana. Ostatni przypadek tężca noworodków zarejestrowano w 1983 roku. Wśród chorych obecnie dominują dorośli w wieku ponad 60 lat, od dawna nieszczepieni. U nich też tężec przebiega wyjątkowo ciężko, często prowadząc do zgonu. W 2023 r. w Regionie UE/EEA zgłoszono 73 przypadki tężca, z czego 13 zakończyło się śmiercią - większość zgonów dotyczyła osób w wieku powyżej 79 lat.

Każdego roku choruje kilka-kilkanaście osób w Polsce, a umieralność pozostaje bardzo niska.

Przed wprowadzeniem masowych szczepień w 1960 roku, **krztusiec** był częstą przyczyną zgonów u dzieci poniżej 1 roku życia. W kolejnych latach liczba zachorowań zmniejszyła się ponad 100-krotnie. Od połowy lat 90-tych, także w krajach stosujących masowe szczepienia, obserwuje się wzrost zachorowań na tę chorobę, szczególnie u starszych dzieci oraz dorosłych. W Polsce w 2022 r. zarejestrowano 371 przypadków krztuśca (incydencja 0,98/100 000), co oznacza wzrost o 104 % w porównaniu z rokiem 2021. Dane wstępne za 2024 r. wskazują na ponad 10 461 zgłoszonych przypadków do połowy sierpnia, co stanowi kilkunastokrotny wzrost względem analogicznego okresu poprzedniego roku.

Te dane wskazują na wyraźne ryzyko wystąpienia w najbliższych latach większych epidemii krztuśca w Polsce przy nieprawidłowym pokryciu szczepieniowym oraz zmniejszającej się odporności populacji.

Poliomyelitis stanowiło w przeszłości znaczne obciążenie dla społeczeństwa. Przed wprowadzeniem szczepień choroba Heinego-Medina rocznie powodowała tysiące zgonów oraz kilkanaście tysięcy przypadków trwałego inwalidztwa u dzieci w wieku szkolnym na świecie. Od 1988 roku prowadzony jest Światowy Program Eradykacji Poliomyelitis. W ramach tego programu organizuje się masowe akcje szczepień w krajach o słabszej infrastrukturze oraz kontynuuje się szczepienia we wszystkich krajach świata, w których wyeliminowano już zachorowania. Dzięki Programowi udało się ograniczyć liczbę zachorowań o 99%, z szacowanych 350 tysięcy w 1988 r. w 125 krajach endemicznych do 151 potwierdzonych zachorowań w 2020 r. w dwóch krajach (Pakistan, Afganistan). Dzięki wieloletnim masowym szczepieniom, ryzyko zachorowania na poliomyelitis w Polsce jest bliskie zeru. W Polsce ostatni przypadek poliomyelitis miał miejsce ponad 40 lat temu. Dopóki jednak występują zachorowania w niektórych regionach Azji, istnieje ryzyko zawleczenia zachorowań do Europy. Wtedy niezaszczepione dzieci mogą zachorować.

W latach 2021-2024 na świecie nadal rejestrowano sporadyczne zachorowania wywołane dzikim poliovirusem typu 1 (WPV1), głównie w Afganistanie i Pakistanie. Zgłaszano także przypadki porażen wiotkich związanych ze szczepami pochodzenia szczepionkowego (cVDPV2) w kilku krajach Europy, Azji i Afryki. Mimo globalnego postępu eradykacji, WHO podkreśla utrzymujące się ryzyko ponownego zawleczenia poliovirusa do krajów wolnych od choroby, zwłaszcza w regionach o obniżonej wyszczepialności dzieci.

21 czerwca 2002 roku na spotkaniu Europejskiej Regionalnej Komisji WHO w Kopenhadze wydano certyfikat potwierdzający, że Region Europejski WHO obejmujący 51 krajów i 870 milionów ludzi jest wolny od poliomyelitis. Region Europejski był w tamtym momencie wolny od rodzimych zachorowań na poliomyelitis od ponad trzech lat. Ostatni przypadek rodzimego zachorowania poliomyelitis wywołanego dzikim szczepem wirusa w Europie miał miejsce we wschodniej Turcji w 1998 roku. Dotyczył dwuletniego, niezaszczepionego chłopca, u którego wystąpiły objawy paraliżu. Sukces w regionie europejskim osiągnięto dzięki serii skoordynowanych krajowych kampanii szczepień, znanych jako Operacja MECACAR, w których wzięło udział 18 krajów i obszarów endemicznych polio w Europie i wschodnich regionach Morza Śródziemnego WHO. Co roku od 1995 do 1998 sześćdziesiąt milionów dzieci poniżej piątego roku życia zostało zaszczepionych wymaganymi dawkami szczepionki. Od 1997 roku MECACAR wprowadził specjalne masowe szczepienia *od drzwi do drzwi* na obszarach wysokiego ryzyka zachorowania. Kampanie szczepień uzupełniających były kontynuowane w krajach o najwyższym ryzyku aż do 2002 roku.

Od czasu uruchomienia programu Global Polio Eradication Initiative w 1988 roku certyfikat obszaru wolnego od poliomyelitis otrzymały:

- w 1994 roku kraje obu Ameryk,
- w 2000 roku kraje Zachodniego Pacyfiku,
- w 2002 roku Region Europejski WHO,
- w 2020 roku Region Afrykański.

Aktualnie transmisję wirusa typu 1 (WPV-1) nadal stwierdza się w dwóch krajach- Afganistanie i Pakistanie.

W 2021 roku zgłoszono 5 przypadków polio wywołanych WPV-1, w porównaniu do 140 przypadków WPV-1 w 2020 roku. W 2022 roku do 5 maja 2022 r. zgłoszono 3 przypadki zachorowań (jeden w Afganistanie i dwa w Pakistanie).

W latach 2023-2025 utrzymywała się niska, ale stała liczba przypadków WPV-1 w obu krajach endemicznych, natomiast w wielu krajach odnotowano krążące wirusy pochodzenia szczepionkowego (cVDPV2). WHO utrzymuje globalny stan zagrożenia zdrowia publicznego w związku z utrzymującą się transmisją poliovirusa typu 1 oraz przypadkami cVDPV2.

26 czerwca 2022 w próbkach środowiskowych pobranych w Londynie potwierdzono obecność szczepu polio typu 2 pochodzącego ze szczepionki (type 2 vaccine-derived poliovirus, VDPV2). Wirus został wyizolowany wyłącznie z próbek środowiskowych - nie wykryto powiązanych przypadków porażenia wiotkich wywołanych tym szczepem. Działania prowadzono w ramach rutynowego nadzoru nad ostrymi porażeniami wiotkimi i badaniami środowiskowymi.

Obecnie wojna na Ukrainie zbliżyła problem, związany ze szczepami polio pochodzącymi ze szczepionki, do Polski. W 2021 roku jesienią na Ukrainie wyizolowano w kilku przypadkach wirusy pochodzące ze szczepionki cVDPV1 (w obwodzie zakarpackim) i cVDPV2 (w obwodzie rówieńskim). Identyfikowano przypadki ostrego porażenia wiotkiego wywołanego przez szczep cVDPV2. Szczególnie narażone były niezaszczepione dzieci poniżej szóstego roku życia. Początkowo wirus polio typu 2 (VDPV2) pochodzący ze szczepionki został wyizolowany z próbek pobranych z tego samego miejsca między lutym a majem 2022 r. Analiza genetyczna sugeruje, że nowe i wyjściowe izolaty wirusa polio mają wspólne pochodzenie, które wciąż nie zostało zidentyfikowane.

Po 2022 roku zgłaszano kolejne epizody wykrycia poliovirusa typu 2 pochodzenia szczepionkowego w Europie, w tym pojedyncze izolacje środowiskowe w Wielkiej Brytanii, Izraelu i kilku innych krajach. Zdarzenia te nie wiązały się z przypadkami porażenia wiotkich, jednak potwierdzają konieczność utrzymywania wysokiego poziomu nadzoru epidemiologicznego oraz szczepień podstawowych i przypominających.

W Polsce przed wprowadzeniem obowiązkowych szczepień przeciw **Hib** zakażenia Hib stanowiły przyczynę 25% wszystkich bakteryjnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych. Chorowało średnio 11 osób na 100 000 mieszkańców. Najwięcej zachorowań odnotowywano wśród dzieci między 6 a 24 miesiącem życia. Wprowadzenie do profilaktyki powszechnych szczepień przeciw zakażeniom Hib doprowadziło do spektakularnego spadku i prawie całkowitej eliminacji zachorowań w wielu krajach.

W latach 2020-2024 w Polsce utrzymywała się bardzo niska liczba potwierdzonych zachorowań na Hib. Zgłaszano pojedyncze przypadki rocznie, głównie u osób dorosłych z obniżoną odpornością. Choroba pozostaje skutecznie kontrolowana dzięki obowiązkowym szczepieniom niemowląt oraz stosowaniu szczepionek wysoko skojarzonych w PSO.

Zgodnie z danymi WHO na świecie ok. 257 mln osób choruje na przewlekłe **zakażenie wzv B**, a 887 000 osób każdego roku umiera z powodu ostrego zakażenia i powikłań w przebiegu wzv B, tj. pierwotnego raka wątroby i marskości wątroby. W Polsce liczba zachorowań na wzv B obniżyła się znacząco na przestrzeni ostatnich lat. Na początku lat 80. rozpoznawano objawy wzv B u 45 osób na 100 000 mieszkańców. Aktualnie liczba nowych zgłoszeń waha się w zakresie 4-9 na 100 000 mieszkańców, uwzględniając zakażenia HBV. Poprawa sytuacji epidemiologicznej wynika przede wszystkim z powszechnego stosowania sterylizacji sprzętu w medycynie i kosmetologii oraz powszechnych szczepień małych dzieci. W 2019 r. odnotowano 46 przypadków ostrego wzv B i 2 814 nowo rozpoznanych przypadków przewlekłego wzv B (a więc często zakażeń nabytych wiele lat wcześniej).

W ostatnich latach (2020-2024) w Polsce utrzymuje się stała tendencja spadkowa w zakresie ostrych zachorowań na wzv B - rocznie rejestrowano od 20 do 50 przypadków ostrego zakażenia. Jednocześnie liczba nowych rozpoznań przewlekłego zakażenia HBV utrzymuje się na poziomie 2 000-3 000 przypadków rocznie, co odzwierciedla zakażenia nabyte wiele lat wcześniej. Utrzymuje się bardzo niski poziom transmisji wertykalnej i zakażeń u dzieci dzięki obowiązkowym szczepieniom niemowląt.

Zgodnie z aktualną Mapą Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. oraz zaktualizowanym Wojewódzkim planem transformacji województwa łódzkiego na lata 2022-2026, w obszarze chorób zakaźnych i szczepień ochronnych za jedno z istotnych wyzwań uznaje się narastający problem uchyień od szczepień obowiązkowych w populacji dzieci i młodzieży. W ostatnich latach liczba dzieci niezaszczepionych z powodu odmowy rodziców systematycznie rośnie - na terenie województwa łódzkiego w 2021 r. odnotowano 2 482 niezaszczepione dzieci, a pod koniec 2022 r. już 2 891 dzieci uchylających się od szczepień obowiązkowych. W 2023 r. uchylenia od szczepień dotyczyły około 4 na 1000 osób w wieku 0-19 lat, co wpisuje się w ogólnokrajowy trend niemal dwukrotnego wzrostu liczby odmów szczepień w latach 2019-2023.

Spadek akceptacji dla szczepień i obniżanie poziomu zaszczepienia populacji oceniane są w dokumentach planistycznych jako istotne zagrożenie dla utrzymania odporności zbiorowiskowej, szczególnie w odniesieniu do takich chorób jak krztusiec, odra, błonica, tężec czy zakażenia wywołane przez *Haemophilus influenzae* typu b oraz wirusowe zapalenie wątroby typu B. Wskazuje się na konieczność intensyfikacji działań z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych, realizacji programów polityki zdrowotnej w obszarze szczepień ochronnych oraz wzmacniania edukacji zdrowotnej mieszkańców, w tym przeciwdziałania dezinformacji na temat szczepień. Podkreśla się również potrzebę utrzymania wysokiego poziomu wyszczepialności wśród dzieci objętych szczepieniami obowiązkowymi, a także zwiększenia zgłaszalności do szczepień zalecanych, w szczególności przeciw zakażeniom HPV, jako kluczowego elementu profilaktyki nowotworów złośliwych.

W najnowszym raporcie PZH-PIB za rok 2023 stwierdzono w Polsce 922 przypadki krztuśca (incydencja ok. 2,45/100 000), co stanowi dwukrotnie wyższą liczbę niż w roku 2022.

Dla wirusowego zapalenia wątroby typu B (HBV) w 2023 r. liczba nowo rozpoznanych przypadków w Polsce wynosiła ok. (ostatnie dostępne dane) 2 - 3 tys., co potwierdza utrzymującą się transmisję wirusa mimo wysokiej wyszczepialności niemowląt.

Dane dla województwa łódzkiego za rok 2023 nie zostały jeszcze opublikowane w pełnym rozbiciu w raporcie PZH-PIB; dlatego w dalszej części programu pozostaje odniesienie do dostępnych danych za rok 2021 dla regionu.

W meldunku epidemiologicznym 10/B/25 za okres 1.01-31.10.2025 r. wskazano następujące wartości przypadków chorób zakaźnych objętych Programem Szczepień Ochronnych:

- 69 przypadków błonicy,
- 13 przypadków tężca,
- 253 przypadki krztuśca,
- 9 przypadków (ogółem) inwazyjnej choroby wywołanej przez *Haemophilus influenzae*,

- wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV): 25 przypadków ostrego oraz 2 852 przypadki przewlekłego wzv B,
- 4 przypadki poliomyelitis (zgodne z definicją UE/PL; brak zachorowań na dziki wirus polio).

I.3. Opis obecnego postępowania

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nakłada obowiązek administracyjny poddania się szczepieniom obowiązkowym. Za brak zgody na szczepienie dziecka rodzicom grozi kara finansowa. Wcześniej podejmowane są wszystkie kroki związane z przekonaniem rodzica do szczepienia dziecka.

W Europie znamy różne formy obowiązkowości szczepień. W krajach o wysokiej świadomości prozdrowotnej, takich jak Szwecja, Norwegia czy Finlandia, pomimo braku obowiązkowości szczepień, utrzymywane są wysokie stany zaszczepienia całej populacji. W innych, np. Polsce wysoki stan zaszczepienia utrzymywany jest dzięki obowiązkowi szczepień. W Europie są jednak również takie kraje jak Rumunia, gdzie nie ma obowiązku szczepień, wyraźnie spadł stan zaszczepienia i pojawiła się największa od kilku lat epidemia odry.

Stąd też w niektórych krajach, w ostatnim czasie zaostrzono przepisy dotyczące realizacji szczepień całej populacji. Powodem jest rosnąca w Europie liczba zachorowań na odrę, odnotowywane przypadki błonicy na południu Europy oraz wzrost zachorowań na krztusiec. Z drugiej strony rośnie liczba dzieci nieszczepionych z powodu przekonań rodziców. Problem ten dotyczy również naszego kraju. W ostatnich latach coraz więcej rodziców nie zgadza się na szczepienia swoich dzieci. Niektóre kraje (np. Francja oraz Włochy), które do tej pory nie miały u siebie obowiązku szczepień lub lista szczepionek obowiązkowych była krótka, zaczynają wprowadzać dodatkowe szczepienia obowiązkowe. Inne wprowadzają kary finansowe za brak szczepień lub zakaz posyłania niezaszczepionych dzieci do żłobków i przedszkoli.

Raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH - PIB: „Szczepienia ochronne w Polsce” wskazuje, iż w Polsce występują wahania liczby dzieci zaszczepionych zgodnie z PSO. Najnowsze dostępne dane wykazują dalszy wzrost liczby uchyleń od szczepień obowiązkowych - z ok. 48,6 tys. w 2019 r. do ok. 87,3 tys. w 2023 r. Jednocześnie odsetek dzieci w wieku 3 lat, w pełni zaszczepionych zgodnie z kalendarzem szczepień w 2023 r., wyniósł około 85%, co oznacza spadek względem wcześniejszych lat. Trend ten potwierdza narastające w Polsce zjawisko rezygnacji rodziców z realizacji szczepień obowiązkowych.

Jednocześnie należy zaznaczyć, iż województwo łódzkie w zakresach szczepień objętych preparatami skojarzonymi wykazuje wyszczepienie populacji w rocznikach w około 93-94% populacji docelowej, co nadal stanowi wyniki wyraźnie poniżej województw o najwyższych poziomach zaszczepienia, a jednocześnie wartości zbliżone do najnowszych danych publikowanych przez inspekcję sanitarną.

Szczepienia i szczepionki

Obecnie w Polsce realizowany jest Program Szczepień Ochronnych (PSO), gdzie co roku publikowany jest nowy kalendarz, który obejmuje zarówno szczepienia obowiązkowe (bezpłatne), jak i zalecane (płatne). Od 1 stycznia 2026 roku obowiązuje Program Szczepień

Ochronnych na rok 2026, opublikowany Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2025 r.

Wytyczne Programu Szczepień Ochronnych na rok 2022 według Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 28 października 2021 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2022, klasyfikują szczepienia „5 w 1” i „6 w 1” jako szczepienia obowiązkowe dla dzieci i młodzieży według wieku - kalendarz szczepień, ale jako wariant A1: „A.1. Wariant szczepień z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej DTaP-IPV-Hib albo DTaP-IPV-Hib-WZWB - stosuje się w przypadku dostępności do szczepionek wysokoskojarzonych.” Powoduje to, iż szczepienia wysokoskojarzone wymagają zakupu preparatu poza budżetem państwa.

W PSO 2026 zasady te pozostają niezmiennie - szczepionki „5 w 1” i „6 w 1” nadal mogą być stosowane jako wariant A1, jednak nie są finansowane centralnie, a ich wykorzystanie zależy od dostępności oraz decyzji rodziców lub jednostek samorządu terytorialnego.

Podstawowy wariant szczepień obejmuje wykorzystanie szczepionek zakupionych z budżetu przewidzianego na realizację PSO. W tym przypadku szczepienia przeciwko krztuścowi realizowane są z wykorzystaniem szczepionki pełnokomórkowej, czyli DTPw. W postaci oddzielnych iniekcji podaje się szczepionkę przeciwko polio (IPV - inactivated poliovirus vaccine), Haemophilus influenzae (HiB) oraz przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV - Hepatitis B virus).

W PSO 2026 utrzymano stosowanie szczepionki pełnokomórkowej DTPw jako podstawowej w schemacie obowiązkowym.

Szczepienia przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi wykonywane są szczepionką skojarzoną DTP trzykrotnie, w odstępach 6-8 tygodni w 1. roku życia (szczepienie pierwotne: 2. miesiąc, 3.-4., 5.-6.) oraz raz w 2. roku życia dziecka (szczepienie uzupełniające: 16.-18. miesiąc). Szczepienie przypominające wykonywane jest w 6. roku życia dziecka (domięśniowo szczepionką DTaP - komponent bezkomórkowy). W 14. oraz 19. roku życia dziecka zalecane jest podanie dawki przypominającej szczepionki zawierającej zmniejszone ilości szczepionki błonniczej (Td) (podskórnie lub domięśniowo).

W PSO 2026 nie dokonano zmian w schemacie szczepień DTP/DTaP/Td.

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”



Rycina 1. Kalendarz szczepień na 2025 rok

Źródło: <https://szczepienia.pzh.gov.pl/kalendarz-szczepien-2025/>

Szczepienia przeciw inwazyjnemu zakażeniu *Haemophilus influenzae* typu b wykonywane są jednocześnie z kolejnymi dawkami szczepionki DTP. W 1. roku życia dziecka podawane są trzy dawki szczepienia pierwotnego. Szczepionkę tę można stosować jednocześnie z innymi szczepionkami, np. DTP, IPV, WZW typu B, ale w oddzielnych iniekcjach. W 2. roku życia dziecka podawana jest jedna dawka uzupełniająca. Dzieciom szczepionym od 6. do 12. miesiąca życia podawane są dwie dawki szczepionki w cyklu szczepień pierwotnych oraz jedna dawka uzupełniająca, po roku od podania drugiej dawki. Dzieciom powyżej 1. roku życia podawana jest tylko jedna dawka szczepionki. Szczepionkę przeciw inwazyjnemu zakażeniu Hib stosuje się w postaci preparatów skojarzonych, np. DTaP-Hib, DTaP-IPV-Hib, DTaP-IPV-Hib-HBV. Jednak nie są one finansowane z budżetu ministra właściwego ds. zdrowia. Dzieciom do ukończenia 6. roku życia niezaszczepionym w ramach szczepień obowiązkowych w celu zapobiegania posocznicy oraz zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i nagłośni szczepienie przeciw inwazyjnemu zakażeniu *Haemophilus influenzae* typu b jest zalecane, jednak szczepienia te nie są finansowane ze środków ministra właściwego ds. zdrowia. W PSO 2026 schemat i zasady finansowania szczepień Hib pozostają bez zmian.

Szczepienia przeciw poliomyelitis wykonywane są wszystkim niemowlętom szczepionką zabita (IPV). Pierwszą dawkę podaje się podskórnie lub domięśniowo na przełomie 3. i 4. miesiąca życia (po 6-8 tygodniach od szczepienia poprzedniego), a drugą dawkę znowu po 6-8 tygodniach. Trzecia dawka szczepionki IPV w ramach szczepienia podstawowego (uzupełniająca) podawana jest w 16.-18. miesiącu życia dziecka. W 6. roku życia podaje się mu poliwalentną szczepionkę atenuowaną - OPV (1,2,3 typ wirusa).

W PSO 2026 nastąpiła ważna zmiana: w Polsce nie stosuje się już szczepionki OPV. Szczepienie przypominające w 6. roku życia realizowane jest wyłącznie szczepionką inaktywowaną IPV, zgodnie z wytycznymi WHO.

Alternatywnie szczepienia obowiązkowe mogą być realizowane tzw. preparatami wysoce skojarzonymi. Są to szczepionki, które dają możliwość uodpornienia przeciwko kilku chorobom dzięki jednej iniekcji.

Wysoce skojarzone szczepionki pięcio- i sześćskładnikowe są zgodne z obowiązującym w Polsce PSO. Można je podawać według zarejestrowanych na terenie Polski wskazań. Ich stosowanie ułatwia realizację obowiązkowego PSO, a zarazem zwiększa akceptację rodziców dla szczepień - redukcja liczby wkłuć u dzieci jest preferowana przez rodziców, a komponent DTaP rzadziej wywołuje działania niepożądane.

Szczepionka wysoce skojarzona pięcio- i sześćskładnikowa (DTaP-IPV-Hib, DTaP-IPV-Hib-HBV) jest rekomendowana, ale nierefundowana. W punktach szczepień rodzice informowani są o możliwości zakupu szczepionki „5 w 1” lub „6 w 1”.

W PSO 2026 zasady te pozostają bez zmian.

Dla większości dzieci szczepienia wysoce skojarzone są szczepieniami zalecanymi, co oznacza, że koszt szczepionki pokrywają rodzice. Natomiast zgodnie z zapisami w PSO u dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia przeciwko krztuścowi szczepionką z pełnokomórkowym komponentem krztuśca, dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży oraz tych urodzonych z masą urodzeniową <2500 g należy zastosować szczepionkę z bezkomórkowym komponentem krztuśca DTaP w postaci preparatu DTPa-IPV-HiB. Wówczas szczepienie „5 lub 6 w 1” jest bezpłatne.

PSO 2026 utrzymuje tę zasadę bez zmian.

Wszystkie wysokoskojarzone szczepionki są dostępne w Polsce i zawierają acelularny, czyli bezkomórkowy komponent krztuśca. Służą do jednoczesnego uodpornienia przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio, HiB (DTPa-IPV-HiB) i dodatkowo przeciwko WZW B w szczepionce sześćskładnikowej (DTPa-IPV-HiB-HBV).

W 2025 i 2026 nie wprowadzono nowych preparatów i nie wycofano żadnego z wymienionych.

Na polskim rynku dostępne są dwie szczepionki typu: „5 w 1”:

- Infanrix-IPV-HiB (GSK);
- Pentaxim (Sanofi Pasteur)

oraz dwa preparaty typu „6 w 1”:

- Infanrix hexa (GSK)
- Hexacima (Sanofi Pasteur).

Preparaty Infanrix-IPV-HiB i Infanrix hexa można stosować w realizacji schematu podstawowego do końca 3 roku życia, natomiast w przypadku preparatów Pentaxim i Hexacima do końca 2 roku życia.

Wykorzystując szczepionki typu „5 w 1” lub „6 w 1”, można podawać kolejne dawki szczepienia pierwotnego już co 4 tygodnie. W ten sposób znacznie przyspieszamy realizację schematów szczepień, co zostało wyraźnie podkreślone w zapisach PSO na 2021 r. w związku z pandemią

COVID-19. Zalecenie wprowadzenia szczepionek skojarzonych (optymalnie „6 w 1”) znalazło się także w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii, dotyczących opieki ambulatoryjnej nad dziećmi w czasie pandemii COVID-19, podobnie jak rekomendowanie podawania wielu szczepionek w trakcie tej samej wizyty i skracanie odstępów między dawkami do minimalnych przewidzianych w ChPL danej szczepionki.

Biorąc pod uwagę dostępne dowody naukowe, wytyczne kliniczne oraz rekomendacje refundacyjne, uważa za zasadne stosowanie szczepionek wysokoskojarzonych. Wszystkie odnalezione wytyczne kliniczne zalecają szczepienia dzieci przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, poliomyelitis i Haemophilus typ b, jednak nie wskazują preferowanego rodzaju szczepionki. W wyniku wyszukiwania odnaleziono zalecenia z lat 2019-2021 dotyczące szczepień przeciwko krztuścowi, tężcowi, błonicy, poliomyelitis, WZW B lub zakażeniom H. influenzae typu B wydane przez: European Centre for Disease Prevention and Control, Advisory Committee On Immunization Practices i Centers for Disease Control and Prevention, Australian Immunisation Handbook, Światową Organizację Zdrowia oraz National Health Service.

W 2024 i 2025 opublikowano kolejne aktualizacje ACIP oraz ECDC, które potwierdziły bezpieczeństwo i zasadność stosowania szczepionek skojarzonych, utrzymując wcześniejsze rekomendacje.

Szczepionki wysoce skojarzone minimalizują liczbę wizyt w poradni, prowadzą do szybszej realizacji PSO, a także ułatwiają wprowadzenie szczepień dodatkowych, czyli zalecanych. Ponieważ szczepionki wysoce skojarzone należą do szczepionek inaktywowanych, nie ma konieczności zachowania jakiegokolwiek odstępu między nimi a innymi szczepionkami inaktywowanymi czy „żywymi”, jeśli rodzice zdecydują ostatecznie o ich podaniu oddzielnie.

Szczepionki wysokoskojarzone (z bezkomórkowym komponentem krztuśca) stwarzają mniejsze ryzyko niepożądanych reakcji poszczepiennych. Szczepionki wysokoskojarzone to szczepionki lepiej tolerowane i rzadziej wywołujące działania niepożądane niż szczepionki oferowane bezpłatnie, ponieważ stanowią mniejsze obciążenie dla organizmu dziecka, choć jednocześnie uodparniają przed wieloma chorobami naraz. Dodatkowo dziecko otrzymując szczepionkę skojarzoną otrzymuje w sumie mniej substancji pomocniczych niż wtedy, gdy szczepienie jest realizowane za pomocą trzech bezpłatnych szczepionek. Ponadto szczepionki wysokoskojarzone nie zawierają tiomersalu. W przypadku zastosowania szczepionki „6 w 1” dziecko odbędzie mniej wizyt szczepiennych, co za tym idzie otrzyma mniej ukłuć - mniej bólu i stresu dla dziecka. Szczepionki „6 w 1” mają potwierdzone bezpieczeństwo stosowania u wcześniaków. Szczepionki wysokoskojarzone są standardowo stosowane u wszystkich niemowląt w wielu krajach Europy np. Niemczech, Francji, Czechach, Słowacji.

Biorąc pod uwagę dostępne dowody naukowe, wytyczne kliniczne oraz rekomendacje refundacyjne, zasadne jest finansowanie ze środków Gminy Kleszczów proponowanej procedury. Zasadnym jest, aby szczepionki najbardziej istotne dla zdrowia publicznego były dostępne bezpłatnie dla mieszkańców jednostki samorządu terytorialnego.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Celem głównym programu jest uzyskanie nie mniejszego niż 80% poziomu zaszczepienia pełnym schematem szczepienia preparatem „6 w 1” w populacji dzieci od 2. do 18. miesiąca życia, zamieszkujących na terenie Gminy Kleszczów, w latach 2026-2028.

Cel obejmuje zarówno zwiększenie dostępności do wysokoskojarzonych szczepionek, jak i poprawę poziomu wiedzy rodziców na temat korzyści, bezpieczeństwa i skuteczności szczepień oraz chorób zakaźnych, którym zapobiega preparat „6 w 1”.

Cel główny ma charakter kompleksowy - obejmuje aspekt edukacyjny, profilaktyczny i kliniczny. Osiągnięcie celu będzie oceniane poprzez analizę poziomu wyszczepienia, wyników działań edukacyjnych oraz porównanie liczby odmów i odroczeń szczepień na przestrzeni lat realizacji programu.

II. 2 Cele szczegółowe

1. Zwiększenie dostępności do działań edukacyjnych kierowanych do rodziców i opiekunów dzieci objętych programem w zakresie chorób zakaźnych zapobieganych szczepionką „6 w 1” - w latach 2026-2028.
2. Zwiększenie dostępności do bezpłatnych szczepień „6 w 1” poprzez likwidację bariery finansowej i zapewnienie realizacji pełnego schematu szczepień dzieciom z populacji docelowej zamieszkującej Gminę Kleszczów.
3. Podniesienie poziomu wiedzy rodziców/opiekunów o co najmniej 30%, na podstawie testów wiedzy (pre- i post-test), obejmujących:
 - charakterystykę chorób zakaźnych,
 - korzyści szczepionek wysokoskojarzonych,
 - bezpieczeństwo i działania niepożądane,
 - różnice między szczepionkami wysokoskojarzonymi a tradycyjnymi.
4. Wzrost o 20% liczby rodziców/opiekunów zgłaszających dzieci do szczepienia „6 w 1”, w porównaniu z poziomem zgłaszalności sprzed realizacji programu.
5. Zwiększenie akceptacji szczepień w populacji rodziców dzieci zamieszkujących Gminę Kleszczów, poprzez działania edukacyjne, konsultacje, zmniejszenie odmów oraz ograniczenie odroczeń pozamedycznych.

Cele szczegółowe uzupełniają cel główny i umożliwiają kompleksową ocenę skuteczności programu, zarówno w aspekcie zdrowotnym, jak i edukacyjnym.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Efektywność programu będzie oceniana na podstawie mierników odnoszących się do celów głównego i szczegółowych. Wszystkie wskaźniki dobrano tak, aby umożliwiały realną ocenę wpływu interwencji.

Miernik celu głównego

Odsetek dzieci zaszczepionych pełnym schematem „6 w 1” spośród populacji docelowej zamieszkującej Gminę Kleszczów.

Wartość docelowa: $\geq 80\%$.

Mierniki celów szczegółowych

- Miernik edukacyjny

Odsetek rodziców/opiekunów uczestniczących w działaniach edukacyjnych.

Wartość docelowa: $\geq 50\%$ osób, które wyraziły zgodę na udział.

- Miernik wzrostu wiedzy

Wzrost wiedzy o $\geq 30\%$, oceniany poprzez różnicę między wynikami testów pre- i post-test.

- Miernik zgłaszalności

Wzrost o 20% liczby rodziców/opiekunów zgłaszających dzieci na szczepienia „6 w 1”, w stosunku do danych sprzed programu.

- Miernik jakości programu

Odsetek pozytywnych ocen programu w ankietach satysfakcji.

Wartość docelowa: $\geq 50\%$ pozytywnych ankiet.

- Miernik akceptacji szczepień (uzupełniający)

Odsetek rodziców deklarujących poprawę postawy wobec szczepień po edukacji.

Wartości wskaźników będą oceniane:

- co roku, po zakończeniu kolejnych etapów realizacji programu,
- po zakończeniu całego okresu realizacji programu (2026-2028) w ramach ewaluacji końcowej.

Dane będą zbierane z następujących źródeł:

- dokumentacja realizatora programu,
- wykazy zaszczepionych dzieci (szczepienie pełnym schematem),
- listy obecności na edukacji,
- wyniki testów wiedzy (pre- i post-testy),
- ankiety satysfakcji rodziców/opiekunów,
- dane dotyczące liczby odmów i odroczeń szczepień.

Monitorowanie zmian rok do roku pozwoli określić skuteczność działań edukacyjnych i profilaktycznych oraz umożliwi wprowadzenie ewentualnych korekt organizacyjnych lub merytorycznych.

Wartości docelowe ustalono na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego, realizujących podobne programy profilaktyczne, uwzględniając realne możliwości osiągnięcia wskaźników przy założonym poziomie finansowania i dostępności świadczeń.

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

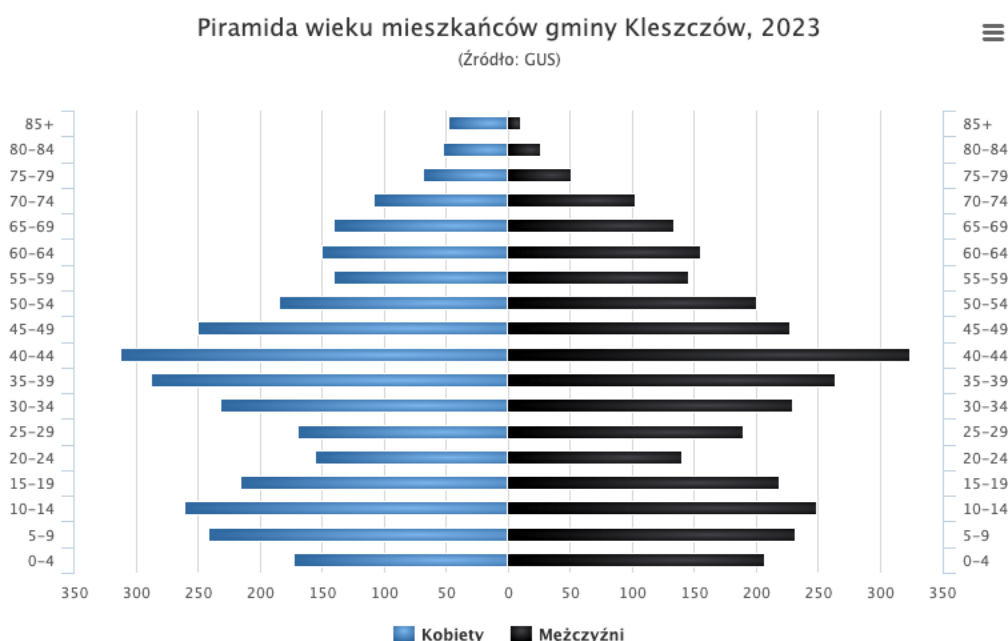
III.1 Populacja docelowa

Gmina Kleszczów według stanu na dzień 31.12.2024 r. ma 6 346 mieszkańców, z czego 50,9% stanowią kobiety, a 49,1% mężczyźni.

W latach 2002-2024 liczba mieszkańców wzrosła o 71,5%. Średni wiek mieszkańców wynosi 36,2 lata i jest znacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców województwa łódzkiego oraz znacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców całej Polski.

Gmina Kleszczów ma ujemny przyrost naturalny wynoszący -10, co odpowiada wartości -1,59 na 1000 mieszkańców. W 2023 roku urodziło się 54 dzieci, w tym 42,6% dziewczynek i 57,4% chłopców.

Populacja osób w wieku 0-4 lat zamieszkujących Gminę Kleszczów według danych z 2023 r. wynosi 379 dzieci, w tym 173 dziewczynki oraz 207 chłopców.



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

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

Na podstawie danych z Urzędu Gminy Kleszczów z lat poprzednich znana jest sytuacja dotycząca wszczepialności - w 2019 roku zaszczepiono 500 dzieci, w 2020 roku 300 dzieci, a w 2021 roku jedynie 221 dzieci. Wynika to z realizacji wcześniejszej edycji programu polityki zdrowotnej, obejmującego ten sam problem zdrowotny i adekwatne działania w ramach interwencji.

Zatem docelową populację ustala się na około 250-300 dzieci w latach 2026-2028. Będą to osoby realizujące schemat szczepień podstawowych, urodzone w latach 2025, 2026, 2027 i 2028, a także w pierwszym roku programu dzieci z roczników 2024 i 2025, u których szczepienie będzie ewentualnym rozszerzeniem wcześniej wykonanego PSO innym preparatem.

Planowany budżet pozwala na pełne objęcie programem w zakresie szczepień profilaktycznych, w zależności od wybranego preparatu i zastosowanego schematu dawkowania określonego w ChPL, od około 45% do 85% całkowitej populacji dzieci w wieku 2-18 m.ż., zamieszkujących Gminę Kleszczów, co przekłada się na możliwość wyszczepienia całej docelowej (250-300 dzieci) populacji spełniającej kryteria kwalifikacyjne.

Działania edukacyjne będą adresowane także do rodziców/opiekunów dzieci.

Wytyczne Programu Szczepień Ochronnych na rok 2026, ogłoszone Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego na 2026 rok, utrzymują dotychczasowe zasady klasyfikacji szczepień wysokoskojarzonych i nadal nie obejmują refundacją szczepionek „5 w 1” oraz „6 w 1”, które pozostają w grupie szczepień zalecanych, finansowanych poza budżetem Ministra Zdrowia.

W PSO 2026 szczepienia „6 w 1” są przewidziane jako wariant szczepień możliwy do realizacji w przypadku dostępności preparatów wysokoskojarzonych, ale nie stanowią elementu szczepień obowiązkowych finansowanych przez państwo. Podobnie jak w poprzednich edycjach PSO, szczepienia podstawowe realizowane w ramach budżetu państwa obejmują schemat z użyciem szczepionek monowalentnych i/lub preparatów skojarzonych niższego rzędu (DTPw + IPV + Hib + HBV w oddzielnych iniekcjach).

PSO 2026 ponownie podkreśla, że:

- szczepienia wysokoskojarzone (DTaP-IPV-Hib oraz DTaP-IPV-Hib-HBV) mogą być stosowane alternatywnie,
- ich użycie zmniejsza liczbę iniekcji, poprawia komfort dziecka i akceptację rodziców,
- stanowią one rozwiązanie zgodne z ChPL i mogą być stosowane przez realizatora we wszystkich sytuacjach, w których nie ma przeciwwskazań.

W dokumencie PSO 2026 utrzymano także zapis, że u dzieci urodzonych przed 37. tygodniem ciąży oraz u dzieci z masą urodzeniową < 2500 g należy stosować wyłącznie preparaty z bezkomórkowym komponentem krztuśca (DTaP).

W takich sytuacjach szczepienia skojarzone „5 w 1” lub „6 w 1” mogą być refundowane w ramach PSO jako realizacja szczepienia obowiązkowego.

W praktyce oznacza to, że w populacji ogólnej szczepienia „6 w 1” nadal pozostają świadczeniem zalecanym, nier refundowanym, a ich użycie wymaga finansowania ze środków JST lub ze środków własnych rodziców.

Z tego powodu finansowanie szczepienia „6 w 1” w ramach PPZ Gminy Kleszczów jest zgodne z obowiązującymi wytycznymi PSO 2026 i wypełnia rekomendacje kliniczne dotyczące redukcji liczby wkłuć, zwiększenia komfortu dziecka oraz poprawy wyszczepialności w populacji.

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

Kryteria włączenia do programu

Kryteria włączenia do programu dla populacji zakwalifikowanej do szczepień:

- podpisanie przez rodzica/opiekuna prawnego druku świadomej zgody na udział dziecka w szczepieniach realizowanych w ramach programu (druk zgody stanowi

załącznik do programu); podpisany formularz włączany jest do dokumentacji medycznej;

- zamieszkiwanie na terenie Gminy Kleszczów, potwierdzone stosownym dokumentem, zaświadczeniem z urzędu lub poświadczeniem w aplikacji mObywatel;
- brak stałych lub czasowych przeciwwskazań medycznych dyskwalifikujących podanie szczepionki „6 w 1”, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) preparatów wysokoskojarzonych;
- w przypadku przeciwwskazań czasowych wyznacza się nowy termin wizyty;
- potwierdzenie wieku dziecka na podstawie numeru PESEL lub - w przypadku jego braku - dokumentu zawierającego datę urodzenia;
- włączenie uczestników do programu zgodnie z kolejnością zgłoszeń, przy czym pierwszeństwo mają osoby spełniające kryteria w pełnym zakresie i kompletujące dokumentację zgłoszeniową;
- brak wcześniejszego wykonania pełnego schematu szczepienia „6 w 1” poza programem - dotyczy dzieci, które nie zostały jeszcze zaszczepione preparatem wysokoskojarzonym zgodnie z ChPL (dzieci po częściowych szczepieniach monowalentnych mogą być kwalifikowane zgodnie z oceną lekarza kwalifikującego).

Kryteria wyłączenia z programu:

- brak pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie;
- brak potwierdzenia miejsca zamieszkania na terenie Gminy Kleszczów;
- brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek dziecka umożliwiającego weryfikację kwalifikacji (2.-18. miesiąc życia);
- zakończenie pełnego schematu szczepienia „6 w 1” w obecnej edycji programu lub wcześniejsze wykonanie pełnego schematu poza programem;
- występowanie przeciwwskazań medycznych określonych w ChPL, w szczególności:
 - encefalopatia o nieznanym etiologii występująca w ciągu 7 dni po wcześniejszym szczepieniu szczepionką zawierającą komponent krztuśca (bezkomórkowy lub pełnokomórkowy);
 - niekontrolowane zaburzenia neurologiczne lub niekontrolowana padaczka - do czasu ustabilizowania stanu zdrowia i oceny lekarza, że korzyści przewyższają ryzyko;
 - ostra lub ciężka choroba przebiegająca z gorączką - do czasu ustąpienia objawów; łagodne infekcje nie stanowią przeciwwskazania;
 - inne przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (np. nadwrażliwość na substancje czynne lub pomocnicze);
- sytuacje, w których lekarz kwalifikujący, po przeprowadzeniu wywiadu i badania, nie wyraża zgody na wykonanie szczepienia z powodu ryzyka medycznego.

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował Realizator/Realizatorzy w ofercie.

Dla poszczególnych działań przewidzianych w programie zastosowanie będą miały następujące warunki:

- Wizyta kwalifikacyjna będzie dostępna dla wszystkich dzieci włączonych do programu. Warunkiem koniecznym wykonania kwalifikacji jest wcześniejsze podpisanie przez rodzica/opiekuna prawnego pisemnej zgody na udział dziecka w programie oraz zgodę

na wykonanie szczepienia zgodnie z procedurami medycznymi. Lekarz kwalifikujący dokonuje oceny stanu zdrowia, analizuje przeciwwskazania oraz potwierdza możliwość podania szczepionki „6 w 1”.

- Działania informacyjno-edukacyjne będą dostępne dla wszystkich rodziców/opiekunów dzieci zakwalifikowanych do programu. Edukacja obejmuje informacje na temat chorób zakaźnych, przeciwko którym uodparnia szczepionka „6 w 1”, zasad jej działania, skuteczności, bezpieczeństwa oraz schematów szczepień wynikających z PSO 2026 i ChPL preparatów wysokoskojarzonych.
- Szkolenia edukacyjne dla rodziców/opiekunów będą dostępne dla wszystkich rodziców/opiekunów dzieci objętych programem. Formuła szkoleń uwzględnia zarówno spotkania grupowe, jak i indywidualne konsultacje edukacyjne prowadzone przez personel medyczny, mające na celu zwiększenie wiedzy i akceptacji szczepień.
- Szczepienia profilaktyczne preparatem „6 w 1” będą wykonywane wyłącznie u dzieci spełniających kryteria włączenia do programu oraz pozytywnie zakwalifikowanych do szczepienia przez lekarza w trakcie wizyty kwalifikacyjnej. Podanie szczepionki odbywać się będzie zgodnie z obowiązującą Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz zgodnie z rekomendacjami PSO 2026.

Zakres populacji objętej programem

Programem zostaną objęte wszystkie dzieci z populacji docelowej, spełniające kryteria włączenia i niepodlegające kryteriom wyłączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację interwencji. Włączenie uczestników będzie odbywało się zgodnie z kolejnością zgłoszeń oraz zgodnie z potwierdzeniem spełnienia kryteriów medycznych i formalnych.

W przypadku osiągnięcia limitu finansowego realizator jest zobowiązany do poinformowania gminy o konieczności zamknięcia rekrutacji lub możliwości rozszerzenia finansowania, jeśli JST podejmie taką decyzję.

Termin realizacji programu

Planowany termin realizacji wszystkich działań w ramach programu obejmuje lata 2026-2028. Interwencje medyczne (kwalifikacja, szczepienia, edukacja, szkolenia) muszą zostać zrealizowane do końca 2028 roku, zgodnie z harmonogramem określonym przez Gminę Kleszczów i realizatora programu.

Ewaluacja końcowa zostanie przeprowadzona w IV kwartale 2028 r.

III.3 Planowane interwencje

Osoba zgłaszająca dziecko do programu składa do Realizatora zgłoszenie uczestnictwa. Po weryfikacji formalnych warunków udziału - w szczególności wieku dziecka oraz miejsca zamieszkania na terenie Gminy Kleszczów - rodzic lub opiekun prawny zostaje poinformowany o możliwości umówienia wizyty kwalifikacyjnej. Wizyta ta obejmuje ocenę medyczną zgodnie z obowiązującą Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz zasadami Programu Szczepień Ochronnych 2026, a w przypadku braku przeciwwskazań - wykonanie szczepienia preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1”. Każde dziecko należące do populacji docelowej i spełniające kryteria włączenia będzie mogło skorzystać z bezpłatnego szczepienia, natomiast jego rodzic lub opiekun zostanie objęty działaniami edukacyjnymi.

Podczas wizyty kwalifikacyjnej personel medyczny udzieli rodzicom i opiekunom informacji dotyczących chorób zakaźnych, przeciwko którym szczepionka „6 w 1” zapewnia uodpornienie, w tym błonicy, tężca, krztuśca, wirusowego zapalenia wątroby typu B, poliomyelitis oraz inwazyjnych zakażeń Hib. Rodzice otrzymają wiedzę na temat dróg szerzenia zakażeń, objawów, możliwych powikłań oraz znaczenia szczepień w ograniczaniu zachorowań. Przekazywane będą również praktyczne informacje dotyczące higieny, profilaktyki chorób zakaźnych, zasad postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia oraz postępowania po szczepieniu, w tym w razie wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego. Rodzice i opiekunowie zostaną poinformowani o miejscach udzielania pomocy medycznej w przypadku wystąpienia działań niepożądanych poza programem, w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ.

Wizyta związana z podaniem szczepionki rozpoczyna się konsultacją lekarską, której celem jest wykluczenie przeciwwskazań. W razie wystąpienia przeciwwskazań czasowych, takich jak infekcja lub gorączka, zostanie wyznaczony nowy termin wizyty. Warunkiem wykonania szczepienia jest podpisanie przez rodzica lub opiekuna prawnego świadomej zgody na udział dziecka w programie oraz na wykonanie szczepienia. Zgoda zostaje włączona do dokumentacji medycznej dziecka.

Szczepienia będą wykonywane preparatami wysokoskojarzonymi dopuszczonymi do obrotu i stosowania w Polsce.

Na rynku dostępne są dwa preparaty typu „6 w 1”:

- Infanrix hexa (GSK), przeznaczony do stosowania w schemacie podstawowym do końca trzeciego roku życia,
- Hexacima (Sanofi Pasteur), przeznaczona do stosowania do końca drugiego roku życia.

Realizator programu będzie stosował preparaty zgodnie z Charakterystyką Produktu Lekczniczego oraz aktualnymi wytycznymi Programu Szczepień Ochronnych 2026. Szczepienia będą wykonywane wyłącznie u dzieci zakwalifikowanych przez lekarza oraz spełniających kryteria włączenia.

Ze względu na trzyletni okres realizacji programu dopuszcza się możliwość zmian w wytycznych dotyczących szczepień, dostępności preparatów lub aktualizacji PSO. W takim przypadku Realizator ma obowiązek niezwłocznego poinformowania instytucji finansującej program o zmianach oraz dostosowania zasad realizacji świadczeń do obowiązujących wymogów, w tym schematów dawkowania wynikających z aktualnych zaleceń.

Realizator programu musi dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem umożliwiającym bezpieczną i zgodną z przepisami realizację interwencji.

Dotyczy to w szczególności zapewnienia odpowiednich warunków sanitarnych, przestrzegania zasad przechowywania szczepionek z zachowaniem łańcucha chłodniczego, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz organizacji miejsca do przeprowadzenia kwalifikacji i działań edukacyjnych. Interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Kleszczów, w miejscu lub miejscach wskazanych przez Realizatora, zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Programem zostaną objęte wszystkie dzieci z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia oraz niepodlegające kryteriom wyłączenia, do momentu wyczerpania środków

przeznaczonych na realizację programu. Włączenie uczestników odbywać się będzie według kolejności zgłoszeń. Wszystkie zaplanowane interwencje muszą zostać zrealizowane w latach 2026-2028.

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

Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej zakłada organizację działań o charakterze ciągłym, dostosowanych do potrzeb populacji dzieci w wieku od 2. do 18. miesiąca życia zamieszkujących Gminę Kleszczów. Ze względu na charakter interwencji, obejmujący realizację schematu szczepień w określonych odstępach czasowych, uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób ciągły przez cały okres jego trwania, tj. w latach 2026-2028. Aby zapewnić jak najwyższą dostępność do świadczeń, Realizator udostępni zróżnicowane godziny przyjęć, obejmujące godziny poranne, popołudniowe oraz wybrane terminy w dniach wolnych od pracy. Informacje o dostępnych terminach oraz warunkach udziału będą rozpowszechniane za pomocą dostępnych kanałów komunikacji, w tym strony internetowej Gminy Kleszczów, mediów lokalnych oraz materiałów informacyjnych przygotowanych przez Realizatora.

Na podstawie danych organizacyjnych, w tym liczby zgłoszeń, szacowanej frekwencji oraz liczby dzieci z populacji docelowej, Realizator dokona zakupu szczepionek oraz niezbędnych materiałów pomocniczych, takich jak sprzęt jednorazowego użytku, materiały medyczne, środki do prowadzenia edukacji zdrowotnej oraz materiały informacyjne dla rodziców. Szczepienia będą wykonywane wyłącznie preparatami wysokoskojarzonymi dopuszczonymi do stosowania w Polsce i zgodnymi z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych na rok 2026. Tego typu organizacja pracy pozwoli na optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na realizację programu i zapewni nieprzerwaną realizację interwencji.

Program będzie realizowany w układzie rocznym, przy czym każdorazowo włączane do niego będą kolejne dzieci spełniające kryterium wieku i kryteria formalne. Realizacja świadczeń wykonywanych w ramach programu nie będzie wpływać na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Szczepienie preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” stanowi świadczenie zalecane, niefinansowane ze środków publicznych. W aktualnym PSO 2026 preparat ten pozostaje w katalogu szczepień zalecanych, stanowiąc alternatywę dla refundowanego schematu podstawowego. W związku z tym interwencję realizowaną w ramach programu można traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych przez budżet państwa. Rodzice objęci programem otrzymają pełną informację o różnicach pomiędzy schematem refundowanym a schematem z wykorzystaniem szczepionki „6 w 1”, w tym o zakresie uodpornienia, liczbie wstrząsów oraz bezpieczeństwie obu opcji.

Każdy uczestnik przystępujący do programu zostanie poinformowany o źródłach jego finansowania, zasadach realizacji programu, warunkach uczestnictwa oraz organizacji szczepień. Rodzice i opiekunowie otrzymają wyczerpujące informacje dotyczące procedury kwalifikacji, możliwych działań niepożądanych oraz sposobu postępowania po szczepieniu.

Świadczenia w ramach programu będą udzielane w pomieszczeniach spełniających wszystkie obowiązujące wymogi prawne i sanitarne, zapewniających bezpieczne warunki

przeprowadzania szczepień oraz prowadzenia edukacji zdrowotnej. Wszelkie działania będą wykonywane przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje do realizacji świadczeń medycznych oraz edukacyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Dokumentacja medyczna związana z realizacją programu, w tym zgody na szczepienia, karty kwalifikacji, listy obecności na działaniach edukacyjnych oraz rejestry wykonanych szczepień, będzie prowadzona i przechowywana przez Realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzeniami dotyczącymi dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych. Dokumentacja będzie archiwizowana w sposób zapewniający bezpieczeństwo danych i ich poufność.

Działania edukacyjne realizowane w ramach programu będą dostępne nie tylko dla rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w programie, lecz także - w uzasadnionych przypadkach - dla członków ich rodzin, a także dla pracowników placówek opiekuńczo-wychowawczych, którzy mają bezpośredni kontakt z dziećmi. Realizator programu będzie przekazywać pełną informację, że szczepionki, mimo wysokiej skuteczności, nie zapewniają stuprocentowej ochrony w przypadku istniejącego już zakażenia lub infekcji.

Programem zostaną objęte wszystkie dzieci spełniające kryteria włączenia, do momentu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na jego realizację. Wszystkie świadczenia będą realizowane w sposób ciągły i z zachowaniem zasady równego dostępu dla wszystkich mieszkańców Gminy Kleszczów.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej obejmuje zarówno sytuacje, w których uczestnik realizuje wszystkie zaplanowane działania, jak i przypadki przerwania uczestnictwa na dowolnym etapie interwencji. Udział w programie uznaje się za kompletny w momencie zrealizowania pełnego schematu szczepienia preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1”, zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego i obowiązującymi wytycznymi Programu Szczepień Ochronnych, a także po udziale rodzica lub opiekuna dziecka w części edukacyjnej dotyczącej zasad profilaktyki chorób zakaźnych i zasad postępowania po szczepieniu. Po zakończeniu szczepienia rodzice otrzymają informację o konieczności uzupełnienia brakujących dawek preparatu w sytuacji, gdy cykl szczepień nie zostanie wykonany w całości, ponieważ nieukończony schemat nie zapewnia pełnej odporności i może wymagać kontynuacji poza programem.

Uczestnictwo w programie może zostać przerwane w przypadku stwierdzenia trwałego przeciwwskazania medycznego do podania szczepionki „6 w 1”, zdiagnozowanego podczas kwalifikacji lekarskiej lub w trakcie kolejnych wizyt. W takiej sytuacji Realizator informuje rodzica o przyczynie zakończenia udziału i odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej. W przypadku uczestników, którzy nie mogą zostać zaszczepieni ze względów zdrowotnych, zakończenie udziału w działaniach edukacyjnych będzie jednoznaczne z zakończeniem udziału w programie.

Udział w programie może zostać zakończony również na wniosek rodzica lub opiekuna dziecka. Rezygnacja możliwa jest na każdym etapie realizacji interwencji. Warunkiem jej skuteczności

jest potwierdzenie decyzji przez rodzica lub opiekuna w formie pisemnej. Dokument ten musi zostać dołączony do dokumentacji medycznej prowadzonej przez Realizatora. W analogiczny sposób Realizator może obligatoryjnie zakończyć udział uczestnika w programie w sytuacji wystąpienia kryteriów wyłączenia określonych w programie. Wówczas Realizator sporządza pisemne potwierdzenie przyczyny zakończenia udziału i włącza je do dokumentacji medycznej.

Zakończenie udziału uczestnika w programie następuje również w przypadku zrealizowania wszystkich działań przewidzianych dla danej osoby, wygaśnięcia okresu realizacji programu lub wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację interwencji.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Sugerowane etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów wymienione są poniżej:

1. Stworzenie rady ds. programu - opcjonalnie.

W skład rady powinni wejść wszyscy kluczowi interesariusze odpowiedzialni za prawidłową organizację i realizację programu, w tym przedstawiciele jednostki samorządu terytorialnego, lokalnych podmiotów leczniczych, specjaliści posiadający doświadczenie w zakresie szczepień oraz osoby odpowiedzialne za przygotowanie i prowadzenie działań edukacyjnych i informacyjnych. Rada ds. programu pełni funkcję wspierającą w zakresie planowania, organizacji i monitorowania realizacji programu. Odpowiada również za zaangażowanie środowisk medycznych oraz instytucji, których współpraca jest niezbędna dla sprawnej realizacji PPZ. Koordynator programu, odpowiedzialny za praktyczną realizację działań, powinien pełnić funkcję przewodniczącego lub członka rady.

2. Opracowanie terminów realizacji i zaplanowanie budżetu.

Na tym etapie opracowuje się szczegółowy harmonogram wdrożenia wszystkich interwencji, określa zasoby organizacyjne i finansowe oraz tworzy projekt budżetu, uwzględniający koszty szczepionek, materiałów jednorazowych, zasobów kadrowych i organizacyjnych. Projekt PPZ przekazywany jest do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu uzyskania opinii, zgodnie z art. 48a ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Przeprowadzenie konkursu ofert.

Jednostka samorządu terytorialnego przeprowadza konkurs ofert w celu wyboru realizatora programu zgodnie z art. 48b ustawy. Celem konkursu jest wyłonienie podmiotu, który zapewni właściwe warunki lokalowe, sprzętowe i kadrowe oraz zagwarantuje zgodność działań z obowiązującymi przepisami prawa i standardami medycznymi.

4. Szkolenie dla realizatorów programu.

Przed rozpoczęciem udzielania świadczeń organizuje się szkolenie obejmujące: procedury kwalifikacyjne do szczepień, zasady wykonywania szczepień „6 w 1”, sposób prowadzenia działań edukacyjnych, dokumentację medyczną oraz zasady komunikacji z rodzicami. Szkolenie ma na celu ujednolicenie praktyk we wszystkich placówkach realizujących program i zapewnienie jednolitej jakości świadczeń.

5. Przeprowadzenie interwencji programu.

Interwencja obejmuje działania informacyjno-edukacyjne skierowane do rodziców/opiekunów oraz wykonanie pełnego schematu szczepień preparatem „6 w 1” u dzieci zakwalifikowanych do programu. Realizator informuje rodzica o ryzyku chorób zakaźnych, zasadach działania szczepionki i możliwych reakcjach niepożądanych. Badanie kwalifikacyjne przeprowadza lekarz, który wyklucza przeciwwskazania zgodnie z ChPL. W przypadku czasowej niemożności wykonania szczepienia ustalany jest kolejny termin.

6. Bieżące zbieranie danych i monitorowanie programu.

Realizator prowadzi systematyczne zbieranie danych dotyczących liczby wykonanych szczepień, przeprowadzonych kwalifikacji, działań edukacyjnych, zgłaszalności, odmów i odroczeń. Dane te umożliwiają ocenę skuteczności działań oraz identyfikację ewentualnych problemów organizacyjnych. Po każdym roku realizacji przygotowany jest raport okresowy przedstawiający efekty i stopień realizacji celów.

7. Zakończenie realizacji programu.

Po zakończeniu okresu realizacji programu przeprowadzana jest analiza kompletności działań, skuteczności interwencji i osiągniętych efektów zdrowotnych. Realizator przygotowuje podsumowanie wykonanych świadczeń i przedstawia zestawienie wyników.

8. Rozliczenie finansowe PPZ.

Jednostka samorządu terytorialnego dokonuje weryfikacji zgodności poniesionych kosztów z zaplanowanym budżetem programu oraz przeprowadza finansowe rozliczenie wszystkich działań, w tym kosztów szczepień, materiałów, świadczeń i edukacji.

9. Ewaluacja programu i przygotowanie raportu końcowego.

Po zakończeniu całego cyklu realizacji przygotowany jest raport końcowy, obejmujący analizę mierników efektywności, ocenę wpływu programu na populację oraz wskazanie wniosków i rekomendacji dotyczących dalszych działań. Raport końcowy, wraz z pierwotną wersją programu, przekazywany jest do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Realizator programu obligatoryjnie przeprowadza:

1. Akcję informacyjną dotyczącą programu i zasad uczestnictwa.
2. Działania edukacyjne skierowane do rodziców i opiekunów.
3. Rekrutację uczestników zgodnie z kryteriami włączenia.
4. Interwencję terapeutyczną, obejmującą:
 - a) lekarskie badanie kwalifikacyjne,
 - b) podanie szczepionki zgodnie z ChPL.
5. Monitoring i sprawozdawczość wszystkich działań realizowanych w ramach programu.

Ad 1. Akcja informacyjna

Akcja informacyjna będzie skierowana do mieszkańców Gminy Kleszczów, ze szczególnym uwzględnieniem populacji docelowej programu oraz rodziców i opiekunów dzieci kwalifikujących się do szczepień. Do rozpowszechnienia informacji o programie mogą zostać wykorzystane lokalne media, materiały informacyjne JST, kanały komunikacji lokalnych podmiotów leczniczych oraz instytucji wspierających zdrowie i pomoc społeczną.

Mieszkańcy zostaną poinformowani o organizacji programu, zasadach uczestnictwa, kwalifikacji, dostępności świadczeń oraz miejscach realizacji szczepień. W ramach akcji informacyjnej zostanie podkreślone znaczenie szczepień jako najskuteczniejszej formy profilaktyki chorób zakaźnych, którym zapobiega szczepionka „6 w 1”, tj. błonicy, tężcowi, krztuścowi, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B), poliomyelitis oraz inwazyjnym zakażeniom wywołanym przez *Haemophilus influenzae* typ b (Hib).

Informowanie mieszkańców o zagrożeniach wynikających z braku szczepień będzie obejmować również dane epidemiologiczne oraz materiały edukacyjne przygotowane na podstawie zweryfikowanych źródeł (np. NIZP PZH-PIB). Akcja informacyjna powinna być prowadzona w sposób ciągły przez cały okres realizacji programu, aby umożliwić udział wszystkim nowo kwalifikowanym rodzicom i opiekunom.

Ad 2. Działania edukacyjne

Działania edukacyjne będą skierowane do osób zamieszkujących Gminę Kleszczów - przede wszystkim do rodziców i opiekunów dzieci z populacji docelowej. Wykłady, prelekcje i spotkania edukacyjne mogą odbywać się w siedzibie Realizatora, placówkach edukacyjnych,

placówkach opieki zdrowotnej, domu kultury oraz innych miejscach wyznaczonych przez Realizatora.

Realizator powinien zapewnić możliwość przeprowadzenia zajęć w formule stacjonarnej oraz - w razie potrzeby - w formule zdalnej/on-line, z wykorzystaniem narzędzi umożliwiających dwukierunkową komunikację.

Uczestnikom programu zostanie przekazana wiedza dotycząca specyfiki patogenów i problemów zdrowotnych, którym zapobiega szczepienie „6 w 1”, obejmująca m.in.:

- czynniki ryzyka zachorowania na błonicę, tężec, krztusiec, WZW B, poliomyelitis oraz zakażenia Hib;
- aktualne dane epidemiologiczne dotyczące zapadalności i umieralności w Polsce i Europie;
- objawy i przebieg chorób, możliwe powikłania oraz ryzyko zdrowotne wynikające z niezaszczepienia;
- znaczenie profilaktyki, w tym szczepień jako kluczowej metody redukcji zachorowań;
- zasady bezpieczeństwa szczepień i możliwe reakcje niepożądane.

Zajęcia edukacyjne mogą być prowadzone z wykorzystaniem prezentacji multimedialnych oraz materiałów dydaktycznych opartych na bieżącym stanie wiedzy. Zaleca się korzystanie z materiałów przygotowanych przez instytucje naukowe, w szczególności NIZP-PZH-PIB (portal szczepienia.pzh.gov.pl) oraz towarzystwa naukowe.

W edukacji musi być uwzględniona rzetelna informacja o tym, że szczepionki - jak każda interwencja medyczna - nie zapewniają 100% ochrony w przypadku zakażenia już istniejącego, natomiast znacząco redukują ryzyko zachorowania oraz ciężkiego przebiegu choroby.

Realizator będzie zobowiązany do przeprowadzenia ewaluacji działań edukacyjnych poprzez wykonanie pre-testów i post-testów wiedzy. Za przygotowanie i opracowanie testów odpowiedzialne będą osoby posiadające kwalifikacje określone w części „Wymagania kadrowe” programu.

Zajęcia edukacyjne będą prowadzone co najmniej dwa razy w roku (minimum raz na półrocze), bez ograniczeń liczby uczestników, z możliwością organizacji dodatkowych spotkań w przypadku zwiększonego zainteresowania. Realizator zapewni odpowiednie pomieszczenia, sprzęt prezentacyjny i materiały edukacyjne.

Realizator będzie zobowiązany do:

- prowadzenia listy obecności uczestników i pełnej dokumentacji zajęć edukacyjnych,
- zapewnienia udostępnienia informacji o celach programu, zasadach realizacji szczepień oraz prawach i obowiązkach uczestników,
- poinformowania rodziców o istniejących świadczeniach gwarantowanych NFZ dotyczących diagnostyki i leczenia chorób zakaźnych.

Celem edukacji jest umożliwienie rodzicom/opiekunom świadomego podjęcia decyzji dotyczącej uczestnictwa w szczepieniach, zrozumienia korzyści profilaktyki oraz ryzyk wynikających z braku realizacji schematu szczepień. Jest to zgodne z aktualnymi zaleceniami

ekspertów, organizacji naukowych i instytucji zdrowia publicznego dotyczącymi promocji szczepień ochronnych.

Ad 3. Rekrutacja do programu

Realizator wybrany w procedurze konkursowej będzie zobowiązany do przeprowadzenia rekrutacji uczestników zgodnie z kryteriami kwalifikacyjnymi określonymi w niniejszym programie. Rekrutacja obejmuje weryfikację formalnych warunków uczestnictwa, tj.: zamieszkania na terenie Gminy Kleszczów, wyrażenia woli wzięcia udziału w programie (potwierdzonej pisemną zgodą rodzica/opiekuna), wieku dziecka zgodnego z populacją docelową oraz braku przeciwwskazań medycznych do szczepienia.

W ramach rekrutacji Realizator zobowiązany jest do:

- zebrania i archiwizacji pisemnych zgód na udział w programie, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych,
- prowadzenia ewidencji osób zakwalifikowanych i osób oczekujących,
- zapewnienia jasnej informacji o zasadach uczestnictwa, zakresie interwencji oraz konsekwencjach przerwania schematu szczepienia.

Rekrutacja będzie miała charakter ciągły - zgodny z dynamiką napływu dzieci spełniających kryteria wieku i zgłaszających się rodziców/opiekunów, aż do wyczerpania środków przeznaczonych na realizację programu.

Ad 4. Interwencja terapeutyczna

Każde dziecko z populacji docelowej, spełniające kryteria włączenia, będzie mogło skorzystać z bezpłatnej interwencji medycznej obejmującej:

- a) lekarskie badanie kwalifikacyjne,
- b) podanie wysokoskojarzonego preparatu szczepionkowego „6 w 1”.

Wizyta szczepienna będzie rozpoczynała się konsultacją lekarską, w trakcie której lekarz przeprowadzi szczegółowy wywiad medyczny z rodzicem/opiekunem, oceni stan zdrowia dziecka oraz zweryfikuje, czy nie istnieją przeciwwskazania stałe lub czasowe do szczepienia. Wywiad obejmie również historię chorób, przebyte infekcje, zgłaszane alergie oraz stosowane leki.

W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań zostanie wyznaczony kolejny termin wizyty oraz wykonana ponowna kwalifikacja medyczna. Przy okazji wizyty szczepiennej personel medyczny przeprowadzi także indywidualne działania edukacyjne z rodzicami/opiekunami, obejmujące m.in. informacje o sposobach szerzenia się chorób zakaźnych, objawach, możliwych powikłaniach i zasadach profilaktyki.

W trakcie konsultacji lekarz przedstawi zasady bezpieczeństwa szczepień, najczęstsze reakcje organizmu po podaniu szczepionki oraz poinformuje o możliwych działaniach niepożądanych. Rodzic/opiekun otrzyma również instrukcję postępowania w przypadku wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP), wraz z informacją o miejscu uzyskania pomocy medycznej w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ. Podmiot potwierdzający wystąpienie NOP powinien niezwłocznie przekazać informację o tym fakcie Realizatorowi programu.

Interwencja terapeutyczna będzie realizowana przez podmioty wybrane zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Szczepienie zostanie przeprowadzone na terenie Gminy Kleszczów, w miejscu wskazanym przez Realizatora, nie później niż do 24 godzin od wykonania badania kwalifikacyjnego, przy czym zaleca się, aby kwalifikacja i szczepienie odbywały się podczas jednej wizyty.

Do szczepienia zostaną wykorzystane dopuszczone do stosowania preparaty wysokoskojarzone „6 w 1”, zgodne z obowiązującą Charakterystyką Produktu Leczniczego. Realizator jest odpowiedzialny za właściwe przechowywanie i transport szczepionek zgodnie z zasadami łańcucha chłodniczego.

Realizator zobowiązany jest dysponować odpowiednią kadrą medyczną, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnym do realizacji interwencji oraz prowadzić działania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi udzielania świadczeń zdrowotnych i dokumentacji medycznej.

Ad 5. Monitoring działań

Monitoring programu będzie prowadzony w sposób ciągły przez cały okres jego realizacji. Obejme on ocenę zgłaszalności uczestników, realizacji interwencji terapeutycznych oraz jakości świadczeń udzielanych w programie.

Każdy rodzic/opiekun dziecka, które otrzymało szczepienie, zostanie poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej. Ankieta pozwoli na ocenę poziomu satysfakcji, ocenę jakości procesu szczepienia oraz identyfikację ewentualnych potrzeb organizacyjnych lub informacyjnych.

Dane z monitoringu zostaną wykorzystane przez Realizatora do sporządzenia raportów rocznych/sprawozdań przekazywanych Instytucji finansującej program. Raport roczny będzie obejmował m.in.:

- liczbę dzieci zgłoszonych do programu,
- liczbę dzieci zakwalifikowanych,
- liczbę dzieci zaszczepionych pełnym schematem,
- liczbę odroczeń i odmów szczepień,
- wyniki ankiet satysfakcji,
- podsumowanie działań edukacyjnych.

Monitoring pozwoli na ocenę efektywności organizacyjnej programu, identyfikację obszarów wymagających korekty oraz bieżącą kontrolę realizacji założonych celów zdrowotnych i edukacyjnych.

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

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Kleszczów przez Realizatora lub Realizatorów wyłonionych w konkursie ofert. Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem obowiązujących standardów epidemiologicznych i sanitarnych. Pomieszczenia przeznaczone

do realizacji programu muszą spełniać wymagania określone w przepisach prawa dla gabinetów diagnostyczno-zabiegowych oraz zapewniać dostęp osobom z niepełnosprawnościami, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich.

W siedzibie Realizatora muszą być stosowane rutynowe procedury związane z przyjmowaniem, przechowywaniem i kontrolą jakości szczepionek. Każda partia preparatu szczepionkowego powinna być sprawdzana pod kątem ewentualnych uszkodzeń mechanicznych lub termicznych powstałych podczas transportu oraz zweryfikowana w zakresie daty ważności. Kontrole te muszą być prowadzone regularnie i odnotowywane w odpowiedniej dokumentacji.

Szczepionki muszą być przechowywane w lodówkach wyposażonych w termometry oraz urządzenia zapewniające stały monitoring i automatyczną rejestrację dobowych wahań temperatury, a także system sygnalizacji spadków napięcia lub przerw w zasilaniu. Wszelkie odchylenia parametrów pracy urządzeń chłodniczych, mechaniczne uszkodzenia sprzętu i przerwy w zasilaniu powinny być rejestrowane w książce kontroli temperatur.

Realizator zapewni dostęp do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, w tym co najmniej jednego pomieszczenia przystosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych. Realizator ma obowiązek dysponować personelem medycznym oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych świadczeń, zgodnie z wymaganiami określonymi w obowiązujących przepisach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych.

W ramach programu będą stosowane wyłącznie preparaty medyczne oraz sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe. Dokumentacja medyczna powstająca w trakcie programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Podmiot realizujący program będzie dysponował kadrą odpowiednią do zakresu udzielanych świadczeń. Osoby kwalifikujące do szczepienia muszą posiadać uprawnienia do przeprowadzania badań kwalifikacyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Osoby podające szczepionki muszą posiadać stosowne kwalifikacje zawodowe oraz ukończony kurs lub szkolenie w zakresie wykonywania szczepień ochronnych, bądź odpowiednią specjalizację, w ramach której program kształcenia obejmował problematykę szczepień ochronnych.

Działania edukacyjne w ramach programu będą prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych lub posiadające kwalifikacje do prowadzenia edukacji zdrowotnej, w szczególności lekarzy, pielęgniarki, położne, specjalistów zdrowia publicznego lub osoby z doświadczeniem dydaktycznym i wiedzą z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych. Treść edukacji musi być dostosowana do wieku i potrzeb odbiorców i oparta na aktualnym stanie wiedzy z zakresu epidemiologii i zdrowia publicznego.

Realizator jest zobowiązany do zapewnienia odpowiednich zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych, w tym sprzętu multimedialnego, materiałów

informacyjnych oraz warunków umożliwiających realizację zajęć w formie stacjonarnej lub - jeśli zajdzie taka potrzeba - również w formie zdalnej.

Podsumowując wymagania kadrowo-sprzętowe:

- kwalifikowanie do szczepienia: osoba uprawniona do przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- podanie szczepionki: osoba uprawniona zgodnie z przepisami do wykonywania szczepień ochronnych;
- działania edukacyjne: osoba z przygotowaniem merytorycznym i doświadczeniem dydaktycznym adekwatnym do przekazywania treści z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych;
- kwalifikacja i szczepienie: pomieszczenia i wyposażenie spełniające wymagania gabinetu diagnostyczno-zabiegowego, możliwość przechowywania szczepionek zgodnie z wymaganiami producenta, dostęp do materiałów jednorazowych i środków ochrony osobistej oraz gotowość do udzielenia pomocy w przypadku wystąpienia ewentualnych odczynów niepożądanych;
- działania edukacyjne: odpowiednie środki techniczne i lokalowe dostosowane do liczby uczestników i zaplanowanej formy zajęć.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Monitoring i ewaluacja programu będą polegały na analizie trzech podstawowych obszarów: zgłaszalności uczestników, jakości realizowanych świadczeń oraz efektywności i trwałości interwencji ocenianej na podstawie mierników epidemiologicznych. Pierwsze dwa obszary stanowią element bieżącej oceny wdrażania programu, natomiast analiza efektów zdrowotnych ma charakter długofalowy i może być prowadzona również po zakończeniu realizacji programu.

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest kontynuacją wcześniejszych działań realizowanych w ramach analogicznego programu polityki zdrowotnej i został zaplanowany na lata 2026-2028, z możliwością dalszej kontynuacji w zależności od decyzji Instytucji finansującej.

V.1 Monitorowanie

Monitorowanie to proces systematycznego zbierania danych dotyczących realizacji programu i służący ocenie jego przebiegu oraz postępów. Monitorowanie powinno być prowadzone stale, w trakcie trwania programu, m.in. poprzez tworzenie raportów okresowych, a zakończyć się po realizacji pełnego cyklu szczepień w danym sezonie. Obejmuje ono ocenę zgłaszalności uczestników oraz ocenę jakości świadczeń udzielanych w ramach programu.

W przypadku programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań powinien zostać opracowany raport okresowy, analizujący wskaźniki kluczowe dla osiągnięcia celów programu, w szczególności związane ze zgłaszalnością i jakością świadczeń. Uzyskane dane będą podstawą do ewentualnej korekty działań w kolejnych latach, w celu sukcesywnego zwiększania efektywności realizowanej interwencji.

Realizator powinien na bieżąco prowadzić elektroniczną bazę uczestników PPZ (np. w arkuszu kalkulacyjnym), obejmującą następujące informacje:

- datę wyrażenia zgody rodzica/opiekuna na udział dziecka w PPZ,
- dane kontaktowe do rodzica/opiekuna,
- numer PESEL dziecka,
- informacje dotyczące każdej dawki szczepienia (data i godzina podania, nazwa preparatu, dawka, miejsce podania),
- datę zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. realizacja pełnego schematu, rezygnacja, wystąpienie przeciwwskazań).

Ocena zgłaszalności

Ocena zgłaszalności uczestników będzie kluczowym elementem monitorowania postępów realizacji programu. Dane dotyczące liczby zgłoszeń zostaną odniesione do harmonogramu programu oraz do liczebności populacji docelowej. Analiza będzie prowadzona na podstawie raportów okresowych i sprawozdań z realizacji działań, przygotowywanych zgodnie z potrzebami Instytucji Zarządzającej programem.

Monitorowaniu będzie poddana liczba zgód na udział w programie, a zmiany w jej wielkości w poszczególnych latach zostaną porównane z liczebnością populacji docelowej. Pozwoli to ocenić skuteczność prowadzonej akcji informacyjnej i działań promujących uczestnictwo w programie.

Pod szczególną uwagę zostanie poddana populacja osób, które wyraziły chęć udziału, lecz ostatecznie nie przystąpiły do programu, lub zrezygnowały na którymkolwiek jego etapie. Monitorowane będą przyczyny tych rezygnacji, co pozwoli na identyfikację barier i wprowadzenie działań naprawczych w kolejnych latach obowiązywania programu.

W trakcie realizacji programu należy również kontrolować liczbę uczestników zgłaszających się na działania edukacyjne. W przypadku istotnych odchyleń od zakładanego poziomu konieczna będzie analiza przyczyn i wdrożenie działań korygujących.

Ocena jakości świadczeń

Ocena jakości świadczeń może być przeprowadzona przez zewnętrznego eksperta, np. konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie wakcynologii. Ocenie podlegać będą założenia programu, metodologia, organizacja udzielanych świadczeń oraz zgodność interwencji z zasadami sztuki medycznej.

Realizator będzie prowadził bieżący nadzór nad jakością świadczeń, a jej elementem będą ankiety satysfakcji przekazywane rodzicom/opiekunom po realizacji szczepienia. Ankiety powinny obejmować ocenę jakości świadczeń zdrowotnych, organizacji działań edukacyjnych oraz poziomu informowania rodziców/opiekunów. Kwestionariusze mogą być anonimowe lub podpisane - decyzja należy do Realizatora.

Zebrane ankiety zostaną poddane analizie, a wnioski wykorzystane do podnoszenia jakości świadczeń oraz optymalizacji działań organizacyjnych w kolejnych latach realizacji programu.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację. Obejmuje również doskonalenie sposobu zarządzania programem, organizacji działań i wydatkowania środków, a także krytyczną ocenę wartości i jakości pomocy udzielanej uczestnikom programu.

Badania ewaluacyjne identyfikują czynniki sprzyjające sukcesowi lub niepowodzeniu interwencji, wskazują najlepsze praktyki, formułują konkluzje możliwe do przeniesienia do innych analogicznych działań oraz dostarczają rekomendacji wzmacniających spójność zdrowotną, społeczną i terytorialną.

Do oceny efektywności programu zobowiązana jest Instytucja finansująca program, na podstawie informacji, raportów oraz sprawozdań przygotowanych przez Realizatora/Realizatorów. W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena skuteczności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą być wykorzystane mierniki epidemiologiczne stosowane w analogicznych interwencjach, w szczególności wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Analizy te mają charakter długofalowy.

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu, tj. po roku 2028. Oparta będzie na porównaniu stanu sprzed wdrożenia działań PPZ (dane wyjściowe z roku 2025) z sytuacją po zakończeniu programu w roku 2028.

W ramach ewaluacji należy przeprowadzić oszacowania m.in.:

- liczby dzieci uczestniczących w programie zaszczepionych pełnym cyklem szczepień wysokoskojarzonym preparatem „6 w 1” względem liczby wszystkich dzieci włączonych do PPZ (wyrażonej liczbowo i procentowo);
- liczby rodziców/opiekunów, którzy uczestniczyli w działaniach edukacyjnych (innych niż indywidualna edukacja podczas kwalifikacji do szczepienia) względem liczby wszystkich rodziców/opiekunów zaproszonych do udziału w edukacji (wyrażonej liczbowo i procentowo).

Wyniki ewaluacji zostaną uwzględnione w raporcie końcowym z realizacji PPZ po roku 2028.

Zaplanowane wskaźniki mogą zostać również zweryfikowane pod kątem:

- liczby nowych rozpoznań chorób objętych cyklem szczepień preparatem „6 w 1”, co będzie miarą efektywności działań w latach 2026-2028 w populacji zamieszkującej Gminę Kleszczów;
- liczby zgłoszeń do innych szczepień, w tym szczepień zalecanych, zarówno w populacji dzieci, jak i dorosłych, już poza programem, w latach 2026-2028 - jako pośrednia miara skuteczności działań edukacyjnych;
- wzrostu poziomu wiedzy wśród minimum 20% uczestników programu (wartość docelowa 30%) mierzonego różnicą odpowiedzi pozytywnych między testem wiedzy przed i po edukacji zdrowotnej (na podstawie wyników przekazanych przez Realizatora).

W programach szczepień ochronnych istotne jest odniesienie mierników efektywności do zapadalności na jednostki chorobowe objęte szczepieniem oraz do występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Ponieważ szczepienia przeciw tym chorobom są równolegle realizowane w ramach krajowego PSO (innymi preparatami), pełna ocena rzeczywistego wpływu programu wymagać będzie uwzględnienia statystyk ogólnopolskich oraz kontekstu epidemiologicznego.

Rzeczywisty wymiar efektów zdrowotnych ujawni się dopiero po dłuższym czasie od zastosowania szczepionki. Regularne szczepienia umożliwiają kształtowanie odporności populacyjnej, zaś skuteczna edukacja rodziców/opiekunów wzmacnia trwałość efektów zdrowotnych. Analiza ta będzie prowadzona na podstawie odpowiednich kwestionariuszy i ankiet.

Ewaluacja opierać się będzie na porównaniu stanu sprzed rozpoczęcia programu (rok 2025) oraz po jego zakończeniu (rok 2028). W celu zapewnienia wysokiej jakości oceny można rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji podmiotowi zewnętrznemu lub ekspertowi zewnętrznemu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień preparatem wysokoskojarzonym „6 w 1” w latach 2026-2028 przeznacza się kwotę około 360 000 zł na cały okres realizacji, co odpowiada 120 000 zł rocznie.

Przy opracowaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą:

- określono wielkość populacji docelowej,
- oszacowano koszty jednostkowe uczestnictwa (przyjęcie zgody, kwalifikacja lekarska, zakup i podanie szczepionki, obsługa logistyczna i administracyjna, utylizacja odpadów, działania informacyjno-edukacyjne),
- pomnożono przewidywane koszty jednostkowe przez liczbę potencjalnych uczestników,
- uwzględniono koszty działań przygotowawczych i organizacyjnych.

Wyliczenia mają charakter symulacyjny - ostateczne koszty będą zależały od ofert złożonych w konkursie. Poszczególne podmioty mogą zaproponować zróżnicowane koszty realizacji, w zależności od zaplecza organizacyjnego oraz kosztów zakupu preparatu. W przypadku zmian cen szczepionek lub kosztów organizacyjnych w latach 2026-2028 dostępne środki będą miały bezpośredni wpływ na liczbę dzieci, które będzie można objąć programem.

VI.1 Koszty jednostkowe

Na potrzeby symulacji przyjęto aktualne ceny rynkowe obowiązujące w listopadzie 2025 r., uwzględniające dostępność obu preparatów wysokoskojarzonych:

- Infanrix hexa (GSK): 245-265 zł/dawkę
- Hexacima (Sanofi): 210-235 zł/dawkę

(ceny z hurtowni farmaceutycznych + marża apteczna + średnia cena w zakupach JST w 2024-2025)

Schemat szczepienia podstawowego obejmuje 2 lub 3 dawki, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Po uwzględnieniu kosztów kwalifikacji lekarskiej, obsługi, materiałów jednorazowych, utylizacji odpadów oraz kosztów organizacyjno-administracyjnych, aktualny koszt jednostkowy jednej dawki w programie wynosi orientacyjnie:

- 260-310 zł za 1 dawkę (wszystkie koszty łącznie)

Co daje koszt jednostkowy na 1 dziecko realizujące szczepienia podstawowe:

- przy 2 dawkach: 520-620 zł / uczestnika
- przy 3 dawkach: 780-930 zł / uczestnika

VI.2 Koszty całkowite

Na całkowity roczny budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

Koszty roczne organizacyjne po stronie Organizatora:

- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych;

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

- zaprojektowanie i utrzymanie zakładki na stronie internetowej (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie);
- koszty monitoringu i ewaluacji;
koszty monitorowania i ewaluacji szacuje się na około **2 000 zł** rocznie,
- koszty administracyjno-biurowe - **1 000 zł**;
- rezerwa budżetowa - zakłada się ją na poziomie około **1 500 zł**.

Rezerwę można wykorzystać na zwiększenie wyszczepienia populacji, rozszerzenie działań edukacyjnych, intensyfikację kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji.

Całkowite roczne koszty po stronie Organizatora przewidziane na czas trwania programu, według założeń nie powinny przekroczyć **4 500 zł**.

Koszty roczne realizacji interwencji po stronie Realizatora:

- działania edukacyjne;
- zakup szczepionek;
- wykonanie badania kwalifikacyjnego i szczepienia;
- koszty zarządzania programem.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od wybranego preparatu do realizacji programu.

Całkowita roczna kwota interwencji po stronie Realizatora obejmuje:

- Koszty działań edukacyjnych

Maksymalna roczna kwota przeznaczona na wynagrodzenia prelegentów, a także przygotowanie materiałów dla uczestników wykładów nie powinna przekroczyć **3 000 zł**;

- Zakup szczepionek oraz wykonanie badania kwalifikacyjnego i szczepienia

Obejmują koszty zakupu szczepionki, badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia, podania szczepionki (w tym koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku), utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów.

- Koszty zarządzania programem

Maksymalna kwota przeznaczona na wydatki administracyjne, wydruki ankiet, przygotowanie raportów i sprawozdań, usług kurierskich, transport materiałów, koszty marketingu nie powinna przekroczyć **1 000 zł**.

Planowane koszty organizacyjne realizacji programu wykazane są w tabeli 1.

Tabela 1. Koszty pozamedyczne roczne realizacji programu

KOSZTY REALIZATORA	2026	2027	2028
koszty działań edukacyjnych	3 000,00 zł	3 000,00 zł	3 000,00 zł
koszty zarządzania programem	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł
łącznie koszty realizatora	4 000,00 zł	4 000,00 zł	4 000,00 zł
KOSZTY ORGANIZATORA			
koszty ewaluacji	2 000,00 zł	2 000,00 zł	2 000,00 zł
rezerwa budżetowa	1 500,00 zł	1 500,00 zł	1 500,00 zł
koszty ogólne	1 000,00 zł	1 000,00 zł	1 000,00 zł
łącznie koszty organizatora	4 500,00 zł	4 500,00 zł	4 500,00 zł
KOSZTY ŁĄCZNE	8 500,00 zł	8 500,00 zł	8 500,00 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucję finansującą program na lata 2026-2028. Realizator/Realizatorzy na etapie opracowania wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 360 000 zł** w latach 2026-2028, szczegóły wykazane są w tabeli 2.

Tabela 2. Planowany całościowy budżet programu

KOSZTY REALIZATORA	
koszty zakupu preparatów szczepionkowych	304 000,00 zł
koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku), utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów - ryczałt - 10% kosztu preparatów	30 400,00 zł
koszty działań edukacyjnych	9 000,00 zł
koszty zarządzania programem	3 000,00 zł
łącznie koszty realizatora	346 400,00 zł
KOSZTY ORGANIZATORA	
koszty ewaluacji	6 000,00 zł
rezerwa budżetowa	4 500,00 zł
koszty ogólne	3 000,00 zł
łącznie koszty organizatora	13 500,00 zł
KOSZTY ŁĄCZNE	359 900,00 zł

Źródło: Opracowanie własne.

VI.3 Źródła finansowania

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

Gmina Kleszczów w okresie realizacji programu bierze pod uwagę możliwość ubiegania się o dofinansowanie do 40% kosztów działań realizowanych w ramach programu przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. z 2017 r. poz. 9).

VII. Bibliografia

1. Ashon D, Munarin L. Guide to the coadministration of vaccines. Eur J Pharm Med Res 2019; doi. 10.20959/ejpmr201912-7523.
2. Barlow WE, Davis RL, Glasser JW, et al. The risk of seizures after receipt of whole-cell pertussis or measles, mumps, and rubella vaccine. N Engl J Med 2001; 345:656-61.
3. Chiu NC, Huang LM, Willemsen A, et al. Safety and immunogenicity of a meningococcal B recombinant vaccine when administered with routine vaccines to healthy infants in Taiwan: A phase 3, open-label, randomized study. Hum Vaccin Immunother 2018;14(5):1075-83.
4. ChPL - Infanrix-IPV-HiB, Infaneix hexa, Pentaxim, Hexacima.
5. Deng L, Wood N, Danchin M. Seizures following vaccination in children: Risks, outcomes and management of subsequent revaccination. Aust J Gen Pract 2020;49(10):644-9.
6. Jackowska T i wsp. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii dotyczące opieki ambulatoryjnej nad dziećmi w czasie pandemii Covid-19, wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Przegląd Pediatryczny 2020;49(2):19-23.
7. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 28 października 2021 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2022. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, poz. 85. http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/85/akt.pdf.
8. Le Saux N1, Barrowman NJ, Moore DL, et al. Decrease in hospital admissions for febrile seizures and reports of hypotonic-hyporesponsive episodes presenting to hospital emergency departments since switching to acellular pertussis vaccine in Canada: a report from IMPACT. Pediatrics 2003;112: e348.
9. Timing and Spacing of Immunobiologics. www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/timing.html.
10. Vaccine Recommendations and Guidelines. www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.
11. Vessikari T, Esposito S, Prymula R, et al. Immunogenicity and safety of an investigational multicomponent, recombinant, meningococcal serogroup B vaccine (4CMenB) administered concomitantly with routine infant and child vaccinations: results of two randomised trials. Lancet 2013;381(9869):825-35.
12. Małecka I. Korzyści z realizacji szczepień preparatami wysoce skojarzonymi; <https://podyplomie.pl/krztusiec/posts/503.korzysci-z-realizacji-szczepien-preparatami-wysoce-skojarzonymi>,
13. Rekomendacja nr 74/2020 z dnia 23 października 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego;
14. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 62/2021 z dnia 31 maja 2021 roku;
15. Rekomendacja nr 62/2021 z dnia 31 maja 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny produktu.
16. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
19. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania.
21. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
22. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

VIII. Załączniki - wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

Data wypełnienia ankiety:

Data wizyty:

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

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

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Punktualność</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Udzielenie pełnej informacji o szczepieniu, możliwych działaniach niepożądanych oraz postępowaniu po szczepieniu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

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

Inne uwagi

--

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

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

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór

WZÓR

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

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

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

.....
Data i czytelny podpis i pieczęć

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO), wyłącznie w celu realizacji, monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)
Uczestnika/Uczestniczki

.....
Data i czytelny podpis

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca realizatora programu

.....
Data i czytelny podpis i pieczęć
Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO)

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym: imienia, nazwiska, wieku, numeru PESEL, danych kontaktowych) przez

- (nazwa realizatora) jako Administratora danych, w celu:
- potwierdzenia mojego uczestnictwa w programie,
 - prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości,
 - realizacji obowiązków wynikających z przepisów o programach polityki zdrowotnej.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w jasny, zrozumiały i jednoznaczny sposób.

Mam świadomość, że:

- przysługuje mi prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie,
- przysługuje mi prawo dostępu do moich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- dane będą przetwarzane wyłącznie w związku z realizacją programu i nie będą przekazywane osobom trzecim poza przypadkami przewidzianymi prawem.

.....
Data i czytelny podpis

Uczestnika/Uczestniczki programu

ORYGINAŁ/KOPIA

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

b. Zgoda na udział w programie

WZÓR

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....
(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

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

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

.....
Data i czytelny podpis i pieczęć

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx z siedzibą przy xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - moich danych osobowych zawartych w formularzu w celu realizacji programu polityki zdrowotnej
.....(nazwa programu)

Przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx lub pisemnie na adres: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
2. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

- osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej(nazwa programu)
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
8. Odbiorcami danych są podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu.

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki programu

c. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

WZÓR

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ

*Program profilaktyki chorób zakaźnych - szczepienie wysokoskojarzonym preparatem „6 w 1”
dla mieszkańców Gminy Kleszczów na lata 2026-2028*

1. Sprawozdanie

- ☐ miesięczne, za okres od do
☐ roczne, za rok

2. Liczba przyjętych osób (badania wstępne)

- ☐ dziewczęta
☐ chłopcy

3. Liczba zaszczepionych osób

- ☐ dziewczęta
☐ chłopcy

**4. Liczba zaobserwowanych podejrzeń
lub stwierdzeń niepożądanych odczynów
poszczepiennych**

.....

5. Uwagi

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

.....

Data

.....

Podpis

d. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - działania edukacyjne

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

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

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

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych
z użyciem szczepionki wysokoskojarzonej „6w1”

- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

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

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

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

Inne uwagi.

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

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

Załącznik Nr 4 do uchwały Nr XXII/187/2025
Rady Gminy Kleszczów
z dnia 25 listopada 2025 r.

Gmina Kleszczów



Gminny Program ochrony zdrowia psychicznego dla Gminy Kleszczów na lata 2026-2028

Spis treści

Spis tabel	3
Spis rycin.....	3
Wprowadzenie	4
Ochrona zdrowia psychicznego WHO	4
Ochrona zdrowia psychicznego UE	5
Ochrona zdrowia psychicznego Polska	6
Komplementarność z krajowymi dokumentami strategicznymi	7
Komplementarność z regionalnymi dokumentami strategicznymi	8
Komplementarność z lokalnymi dokumentami strategicznymi.....	8
1. Opis problemu zdrowotnego	9
Zdrowie psychiczne	9
Uwarunkowania zdrowia psychicznego	12
Zamachy samobójcze	17
2. Dane liczbowe dotyczące Gminy Kleszczów.....	18
Demografia	18
Finanse publiczne	20
3. Zasoby instytucjonalne na terenie Gminy Kleszczów	21
Placówki oświatowe	21
Domy i ośrodki kultury w gminie Kleszczów	21
Opieka zdrowotna	21
Ocena gminnych zasobów w działaniach z zakresu ochrony zdrowia, w tym zdrowia psychicznego	22
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej.....	22
4. Cele programu	24
Cel główny programu	24
Cele szczegółowe programu.....	24
Realizacja celów:	24
Działanie szczegółowe 1: Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym	25
Działanie szczegółowe 2: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi opieki specjalistycznej.....	27
Działanie szczegółowe 3: Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi	28
Działanie szczegółowe 4: Stworzenie dedykowanego systemu do zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego na szczeblu samorządowym	29
5. Zasady realizacji programu.....	31
Beneficjenci programu	31
Realizatorzy programu	31

Finansowanie programu.....	31
Zakładane rezultaty realizacji programu	31
6. Budżet programu.....	31
1. Koszty organizacyjne	31
2. Koszty interwencji	32
3. Źródło finansowania	32
7. Podsumowanie	33
8. Bibliografia.....	34

Spis tabel

Tabela 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski w wieku 18+	14
Tabela 2. Wydatki budżetu gminy Kleszczów według działów klasyfikacji budżetowej w latach 2015 - 2022.....	20

Spis rycin

Rycina 1. Pola Lalonda.....	10
Rycina 2. Populacja Gminy Kleszczów	18
Rycina 3. Stan cywilny ludności Gminy Kleszczów	19
Rycina 4. Przyczyny zgonów mieszkańców Gminy Kleszczów	19

Wprowadzenie

Zdrowie psychiczne jest obszarem szczególnego zainteresowania działań z obszaru zdrowia publicznego ze względu na rozmiar i dynamikę problemów pojawiających się na przestrzeni ostatnich lat.

Modele opieki psychiatrycznej są definiowane zarówno przez WHO, organy UE oraz polskie organy administracji publicznej.

System ochrony zdrowia w Polsce który podlega nieustającym zmianom jest nadal deficytowy w rozwiązania dotyczące opieki nad pacjentami z dysfunkcjami zdrowia psychicznego. Równocześnie przychodzi nam się mierzyć z problemami dotyczącymi kadr medycznych, których jest zdecydowany brak w specjalizacjach mogących wspierać leczenie chorób psychicznych.

Obecny trend szybkiego życia w ciągłym stresie, konsumpcjonizm i wszechobecna samotność pomimo dostępu do *social mediów* jest przyczyną wielu zaburzeń psychicznych, które nasilają się dodatkowo poprzez wykluczenie społeczne osób potrzebujących opieki. Nadal funkcjonujące przekonanie, że opieka psychiatryczna/psychologiczna jest czymś złym/wstydlwym. Przekonanie takie dodatkowo pogłębia problem rzutując na efektywność leczenia i możliwości wsparcia osób z problemami psychicznymi. Nie bez znaczenia też w obliczu wyzwań zdrowotnych była sytuacja epidemiologiczna na świecie i w Polsce (pandemia COVID-19) która to narzuciła pewien model zachowań izolujących jednostki od życia społecznego i kulturalnego, a tym samym skazującą osoby chore na radzenie sobie w pojedynkę ze swoimi problemami zdrowotnymi. Zamknięte poradnie, przychodnie i słaby dostęp do usług ambulatoryjnych powodowały utratę kontroli nad przebiegiem dotychczas leczonych pacjentów oraz niemożliwość rozpoznawania nowych osób potrzebujących pomocy. Obecnie kolejnym wyzwaniem są negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego wojny toczącej się w Ukrainie oraz konieczność zapewnienia właściwego wsparcia dla osób dotkniętych tym konfliktem.

Z uwagi na fakt uwarunkowań epidemiologicznych, poziomu dostępności do zasobów z obszaru ochrony zdrowia psychicznego oraz występującej dużej integralności problemów zdrowotnych i społecznych koniecznym wydaje się utworzenie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego. Szczególnie, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. Ponad to w działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin a także osoby fizyczne i prawne. Taki szeroki zakres osób i instytucji powoduje, że działania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą być prowadzone wieloobszarowo i skutecznie na poziomie gminy.

Ochrona zdrowia psychicznego WHO

Kwestie dotyczące problemów zdrowia psychicznego to duży obszar będący przedmiotem szczególnego zainteresowania WHO. Według ekspertów WHO osiągnięcie

dobrego zdrowia psychicznego jest jednym z warunków pełnego dobrostanu a sam dobrostan przytaczany w jednej z najbardziej znanych na świecie definicji zdrowia WHO [1948] wskazuje, że zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Zatem korzystanie w pełni z praw do ochrony zdrowia psychicznego stanowi obecnie wyzwanie dla WHO, a tym samym państw członkowskich Organizacji. Ochrona zdrowia psychicznego była wielokrotnie dyskutowana na forum Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly - WHA), a efektem tych poczynań są liczne rezolucje.

Poniżej zestawienie wybranych dokumentów UE stanowiących o działaniach związanych z ochroną zdrowia psychicznego:

- 1975: Rezolucja na temat Promocji Zdrowia Psychicznego;
- 1976: Rezolucja w zakresie Psychospołecznych Czynn timerów i Zdrowia;
- 1977: Rezolucja na temat Upośledzenia Umysłowego;
- 1986: Rezolucja w zakresie Prewencji Psychic timerzych, Neurologic timerzych i Psychospołecz timerzych Zaburzeń.

W 2001 r. państwa Regionu Europejskiego przyjęły Deklarację Ateńską na temat Zdrowia Psychicznego, Katastrof i Cierpienia Spowodowanego przez Człowieka, Stygmatyzacji i Opieki Środowiskowej.

Również w 2001 r. WHO opublikowało raport: „Zdrowie Psychic timerzne: Nowe Zrozumienie, Nowa Nadzieja”, zwracając tym samym uwagę na globalny problem jakim jest ochrona zdrowia psychicznego.

W 2005 r. państwa europejskie uchwaliły Deklarację o Ochronie Zdrowia Psychicznego w Europie.

Obecnie wszystkie działania prowadzone w obszarze ochrony zdrowia psychicznego oparte są na dwóch strategic timerznych dokumentach:

- Globalny Spójny Plan Działania 2013-2020;
- Europejski Plan Działania 2013.

Ochrona zdrowia psychicznego UE

Strategic timerznym dokumentem UE, stanowiącym, że kwestie zdrowia psychicznego są dla Unii Europejskiej wyzwaniem, z którym należy się zmierzyć jest opublikowana 14.10.2005 r., tzw. Zielona Księga (*Green Paper*) zatytułowana Poprawa zdrowia psychicznego ludności; w stronę strategii zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej [Komisja Europejska, 2005]. Wnioski przedstawione w dokumencie w sposób jednoznaczny wskazują jaki wielowymiarowy wpływ na życie społeczne i gospodarcze mają zaburzenia psychiczne. Dokument potwierdza tezę, że koszty chorób psychicznych pochłaniają 3-4% PKB krajów członkowskich, przedstawia też zaburzenia psychiczne jako główną przyczyną zgonów z powodu samobójstw, których liczba zbliża się do 60 tysięcy i przewyższa liczbę ofiar wypadków drogowych, ostrzegał, że ok. roku 2020 depresja może stać się główną przyczyną chorób w krajach rozwiniętych.

Po publikacji *Green Paper* pojawiły się szerokie dyskusje na temat problemu stygmatyzacji oraz nierówności w zdrowiu psychicznym. W 2008 r. odbyła się konferencja Unii Europejskiej

„Razem dla Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego”, na której przyjęto Europejski Pakt na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu [Unia Europejska, 2008]. Pakt podejmował następujące priorytety:

- zapobieganie samobójstwom i depresji,
- promocja zdrowia psychicznego i dobrostanu wśród dzieci i młodzieży,
- promocja zdrowia psychicznego i dobrostanu w miejscu pracy,
- zdrowie psychiczne i dobrostan ludzi starszych,
- promowanie społecznej inkluzji i walka ze stygmatyzacją.

W przyjętym 30.03.2010 r. Traktacie o Funkcjonowaniu UE [Unia Europejska, 2010], w rozdziale dotyczącym Zdrowia Publicznego przyjęto, że: Unia Europejska, uzupełniając polityki krajowe, będzie podejmować działania zmierzające do poprawy zdrowia publicznego, zapobiegać zaburzeniom i chorobom somatycznym i psychicznym, usuwać źródła ryzyka dla zdrowia somatycznego i psychicznego.

Ochrona zdrowia psychicznego Polska

Prawo do ochrony zdrowia uważa się za prawo konstytucyjne, oparte na art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, stanowiącym, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Kwestie dotyczące ochrony zdrowia psychicznego uregulowane są również przez szereg ustaw i rozporządzeń.

Niniejszy program wyznaczający priorytety i kierunki działań w zakresie zdrowia psychicznego mieszkańców jest podstawą do rozpoczęcia skutecznych działań na terenie gminy w oparciu o następujące akty prawne:

- ustawa z dnia 19.08.1994 o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2024 poz.917);
- ustawa z dnia 08.03.1990 o samorządzie gminnym (Dz.U.2024 poz. 1465);
- ustawa z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024, poz. 146 ze zm.);
- ustawa z dnia 12.03.2004 o pomocy społecznej (Dz.U. 2024 poz. 1283);
- ustawa z dnia 26.10.1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2023 poz. 2151);
- ustawa z dnia 29.07.2005 o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2023 poz. 1939).

Kluczowym aktem wykonawczym do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 (Dz.U. 2023 poz. 2480).

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego reguluje zadania dotyczące „zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz działania dotyczące kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji”.

Dodatkowo kwestie dotyczące promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym są obszarem realizowanym w ramach Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym.

Program ochrony zdrowia psychicznego dla Gminy Kleszczów zakłada komplementarność z dokumentami strategicznymi w obszarze zdrowia psychicznego będących aktami wykonawczymi na poziomie krajowym oraz lokalnym, w zakresie zadań przypisanych do JST.

Komplementarność z krajowymi dokumentami strategicznymi

1. Narodowy Program Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030

1. Cele główne Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030, zwanego dalej "Programem", to:

- 1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb;
- 2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

2. Cele szczegółowe Programu:

- 1) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb:
 - a) upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej,
 - b) upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne,
 - c) upowszechnianie i zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych,
 - d) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - e) aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - f) skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia,
 - g) udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom,
 - h) opracowanie i wdrożenie nowego, zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi,
 - i) upowszechnienie rekomendowanych założeń do programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych,
 - j) opracowanie we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach uzależnień oraz z podmiotami zrzeszającymi psychoterapeutów uzależnień, standardów lub rekomendacji postępowania medycznego, psychologicznego i psychoterapeutycznego w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie leczenia uzależnień;

- 2) w zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:
 - a) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
 - b) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

Komplementarność z regionalnymi dokumentami strategicznymi

1. Program: „Od zależności ku samodzielności”

Cel:

- a. umożliwienie osobom z zaburzeniami psychicznymi przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej w jakiej się znalazły,
- b. wsparcie samorządów gmin oraz podmiotów funkcjonujących w obszarze pomocy społecznej, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej;
- c. podniesienie poziomu świadomości osób z zaburzeniami psychicznymi tkwiących w nich możliwościach oraz przysługujących im prawach co, jak się zakłada, zwiększy pewność siebie oraz umocni ich pozycję, jak również pomoże w lepszym wykorzystaniu możliwości.

Komplementarność z lokalnymi dokumentami strategicznymi

1. Gminny Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie w gminie Kleszczów na lata 2023-2028
2. Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Kleszczów na lata 2021-2025

1. Opis problemu zdrowotnego

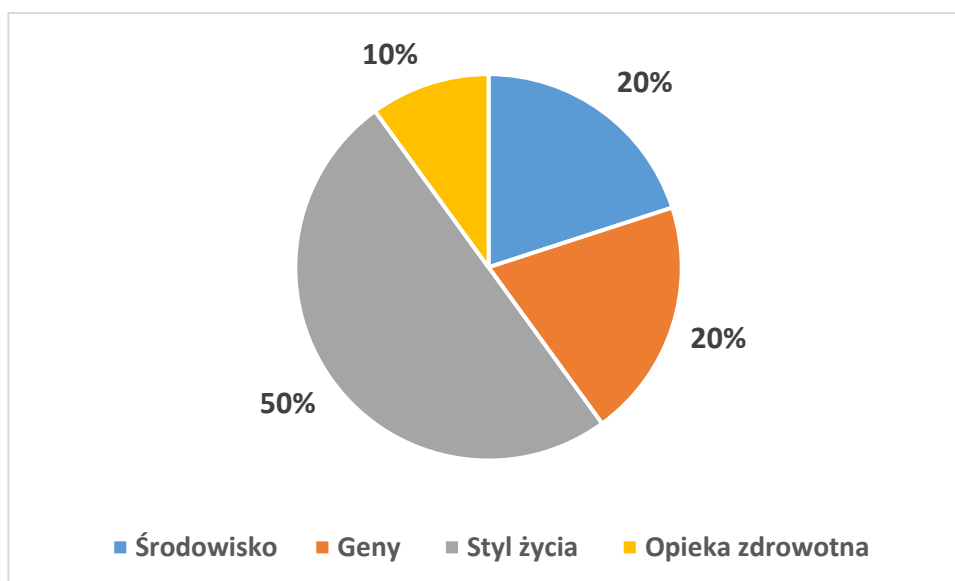
Zdrowie psychiczne

Definicja **Zdrowia** przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO - World Health Organization) w roku 1948 - w momencie jej powstania jest następująca „*Zdrowie to całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby czy niedomagań*” [1]. Według Hipokratesa zdrowie rozumiane jako dobre samopoczucie, oraz choroba - złe samopoczucie, są zależne od tego co otacza człowieka, niezbędna jest równowaga między środowiskiem a człowiekiem [2]. W definicji Marcina Kacprzaka polskiego higienisty i teoretyka medycyny społecznej widoczne jest, że „*Zdrowie to nie tylko brak choroby czy niedomagań, ale i dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach*” [1]. W koncepcji zdrowia ważny jest też potencjał i zdolności adaptacyjne danego organizmu do wymogów otoczenia, pełnienia ról społecznych, przystosowywania się do zmian występujących w środowisku oraz umiejętność radzenia sobie ze zmianami. Zdrowie pojmowane jest również jako środek umożliwiający lepszą jakość życia oraz zasobem, który będzie gwarantował rozwój społeczeństwa [2].

Wśród czynników, które będą determinowały zdrowie człowieka, wymienia się:

- zdrowy styl życia i sprzyjające warunki;
- zdrowe otoczenie;
- służby działające na rzecz zdrowia;
- politykę promującą i chroniącą zdrowie;
- informacje, wiedza i umiejętności niezbędne dla zachowania zdrowia;
- właściwy indywidualny rozwój psychospołeczny [1].

Zgodnie z paradygmatem Lalonde - kanadyjskiego ministra zdrowia z lat 70. XX wieku - stan zdrowia w największym stopniu zależy od stylu życia. Właściwe zachowania żywieniowe, umiejętność radzenia sobie ze stresem, aktywność fizyczna, czy korzystanie ze wsparcia społecznego odgrywają główną rolę w tworzeniu potencjału zdrowotnego człowieka.



Rycina 1. Pola Lalonda

Największe znaczenie i wpływ na zdrowie ma prozdrowotny styl życia, czyli świadome zachowania sprzyjające utrzymaniu i ochronie zdrowia. Pod tym hasłem kryją się:

- aktywność fizyczna;
- racjonalne żywienie;
- utrzymywanie czystości ciała i otoczenia;
- zachowanie bezpieczeństwa;
- radzenie sobie ze stresem;
- poddawanie się profilaktycznym badaniom medycznym, itp.

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia blisko miliard ludzi na świecie doświadcza zaburzeń psychicznych. Średnio co 40 sekund jedna osoba na świecie traci życie w wyniku zamachu samobójczego¹⁾.

Od lat eksperci wskazują na wyzwanie dla zdrowia publicznego, jakim jest ochrona zdrowia psychicznego. Problem zaburzeń i chorób psychicznych stał się szczególnie istotny w ostatnich latach. Do wzrostu rozpowszechnienia problemów psychicznych przyczyniła się epidemia COVID-19 oraz konieczność czasowego wprowadzenia związanych z nią ograniczeń. Obecnie kolejnym wyzwaniem są negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego wojny toczącej się w Ukrainie oraz konieczność zapewnienia właściwego wsparcia dla osób dotkniętych tym konfliktem.

Badania obserwacyjne z wykorzystaniem zweryfikowanych narzędzi pomiarowych i raportowania danych dotyczących problemów ze zdrowiem psychicznym w okresie pandemii obejmujące 398 771 uczestników z populacji ogólnej pokazały znaczne zróżnicowanie

¹⁾ <https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health#:~:text=Mental%20health%20is%20one%20of,every%2040%20seconds%20by%20suicide>

wskaźników ich rozpowszechnienia w różnych krajach i regionach²⁾. Nie ulega jednak wątpliwości, że częstość występowania zaburzeń psychicznych była wyższa niż przed wybuchem epidemii COVID-19. Globalnie częstość występowania depresji wyniosła 28,0%, objawy lęku zgłaszało 26,9% badanych, a 24,1% zgłaszało objawy typowe dla stresu pourazowego, 36,5% zgłaszało objawy przewlekłego stresu, a 50,0% obciążenie psychologiczne (dystres). Zaburzenia snu zgłaszało aż 27,6% badanych.

Zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2024 poz. 917) ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane (art. 1). Ustawodawca wskazał w preambule, że „*zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa*”.

W działaniach na rzecz ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć organizacje pozarządowe, grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin.

Zakres ochrony zdrowia psychicznego obejmuje:

- profilaktykę i zapobieganie;
- leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi i ich wsparcie w naturalnej rodzinie i otoczeniu społecznym;
- kampanie społeczne uczące zrozumienia i życzliwości dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Głównym celem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb oraz prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 (Dz.U. 2023 poz. 2480) weszło w życie 15 listopada 2023 roku.

Zdrowie psychiczne to coś więcej niż brak choroby psychicznej. Zdrowie psychiczne zostało opisane przez WHO jako: dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości, potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować. Zdrowie psychiczne jest fundamentem dobrego samopoczucia i efektywnego funkcjonowania osoby w społeczeństwie. Tak więc, zdrowie psychiczne oznacza dużo więcej niż brak zaburzeń psychicznych [5].

²⁾ Nochaiwong S., Ruengorn C., Thavorn K. et al. Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep 11, 10173 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89700-8>

Uwarunkowania zdrowia psychicznego

Według raportu WHO zaburzenia psychiczne są spowodowane interakcjami pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi oraz socjalnymi. Niewątpliwie grupą czynników który najłatwiej możemy modelować w celu eliminacji zagrożenia są czynniki socjalne.

Według WHO priorytetowymi czynnikami są:

- ubóstwo - a zwłaszcza niski status społeczny,
- niski poziom wykształcenia,
- płeć żeńska w przypadku nerwicy i depresji (częstym powodem są zmiany hormonalne w organizmie, np. na skutek macierzyństwa, ale też większe narażenie na przemoc domową, nadużywanie leków psychotropowych),
- wiek dziecięcy i starczy (rozwój emocjonalny w dzieciństwie ma znaczny wpływ na występowanie zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym, u ludzi starszych zwiększa się
- tendencja do zapadania na zaburzenia psychiczne, zwłaszcza na depresję),
- sytuacje konfliktów i katastrof,
- czynniki rodzinne i środowiskowe (utrata małżonka, utrata pracy, relacje rodzinne),
- choroby o dużym zagrożeniu dla zdrowia/życia (nowotwory, AIDS).

Największe polskie badanie dotyczące chorób i zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II)”, zwanym dalej „badaniem EZOP II”, objęło swoim zasięgiem wszystkie grupy wiekowe: dzieci w wieku 0-6 lat, dzieci i młodzież w wieku 7-17 lat oraz dorosłych w wieku 18 lat i powyżej. Zebrano ponad 15 tys. wywiadów na reprezentatywnej próbie losowej mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że dane w raporcie wskazują na znacznie mniejsze od przewidywanego rozpowszechnienie najczęstszych zaburzeń psychicznych, jak depresja, zaburzenia lękowe, schizofrenia czy zaburzenia psychiczne w okresie dziecięcym i młodzieżowym. Jednocześnie pochodzą one z okresu przed pandemią, (2018 rok) w związku z czym obecnie należy spodziewać się innych wskaźników.

W celu przedstawienia skali zjawiska poniżej najważniejsze wnioski badania:

- **Dzieci w wieku 0-6 lat**

W badaniu EZOP II wskazano, że najczęściej występującymi zaburzeniami rozwojowymi pojawiającymi się na różnych etapach życia małego dziecka są zaburzenia emocjonalno-afektywne, które wykazano u ponad 6% dzieci. Ponadto były zgłaszane zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia komunikacji społecznej oraz zaburzenia interakcji z innymi, które dotyczyły ponad 4% dzieci. Ryzyko wystąpienia większości zaburzeń rozwojowych było podobne u chłopców i dziewczynek. Różnego rodzaju zaburzenia stwierdzano u około 16% dzieci do 6. roku życia, co przekłada się na liczbę ponad 420 tys.

- **Dzieci i młodzież w wieku 7-17 lat**

Ponad pół miliona dzieci i młodzieży cierpi na zaburzenia psychiczne, z czego ponad 200 tys. to dzieci w wieku 7-11 lat i ponad 350 tys. młodzieży w wieku 12-17 lat. Zaburzeń

internalizacyjnych, na które składają się przede wszystkim zaburzenia lękowe, doświadczają ponad 300 tys. dzieci i młodzieży, około 8% dzieci i 7% młodzieży. Zaburzenia nastroju, w tym zaburzenia depresyjne i epizody manii, potwierdziło znacznie mniej, bo 70 tys. dzieci i młodzieży. Wśród nich zdecydowana większość to nastoletnia młodzież. Można przypuszczać, zważywszy na podobne rozpowszechnienie epizodów depresji i manii, że przynajmniej kilkadziesiąt tysięcy dzieci i młodzieży cierpiało na chorobę afektywną dwubiegunową. Podobnie jak w przypadku zaburzeń internalizacyjnych, zaburzeń eksternalizacyjnych doświadczają około 300 tys. dzieci i młodzieży, w tym ponad 100 tys. doświadczają zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych). Rozpowszechnienie tych zaburzeń na wsi jest prawie dwukrotnie większe niż w miastach i przekracza wyraźnie próg 20%. Różnice w rozwoju emocjonalno-społecznym między dziećmi zamieszkującymi tereny miejskie i wiejskie mogą być spowodowane ograniczeniami w dostępie do specjalistów, którzy wykonują badania przesiewowe czy pogłębioną diagnostykę w tym kierunku. W systemie oświaty istnieje możliwość korzystania z wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka już od momentu stwierdzenia niepełnosprawności, jednak dostępność do zajęć z tego zakresu jest zróżnicowana lokalnie. Zajęcia takie są prowadzone przez wskazane w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737) jednostki systemu oświaty. Możliwość korzystania z tej pomocy wymaga posiadania przez dziecko opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, wydanej przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym w poradni specjalistycznej. Dodatkowo, w części samorządów powiatowych (320 na 380), funkcjonują, utworzone we wskazanych przez starostę jednostkach systemu oświaty w ramach programu rządowego „Za życiem”, wiodące ośrodki koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńcze (WOKRO). WOKRO obejmują wczesnym, kompleksowym wsparciem także dzieci zagrożone niepełnosprawnością i ich rodziny. Mieszkańcy wsi często pozostają pod opieką rejonowych placówek, które mają bardzo duży obszar działania, a w związku z tym dłużej czeka się na spotkanie i pomoc. Mniej jest także specjalistycznych placówek prowadzących terapię wczesnego wspomaganie rozwoju lub są one położone w większej odległości od miejsca zamieszkania. Po części opisywane zjawisko różnic w rozwoju społecznym dzieci z miast i wsi może wynikać z ograniczeń systemowych.

- **Dorośli - w wieku 18 lat i więcej**

W badaniu EZOP II zaburzenia psychiczne w perspektywie całego życia ujawniło 26,5% uczestników (tj. w przeliczeniu na populację około 8 330,2 tys.). Do problemów o największym rozpowszechnieniu należały: zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (7,3% – 2 307,7 tys.), napady lękowe (7,0% – 2 215,5 tys.), fobie swoiste (4,9% – 1 538,8 tys.), epizody depresji (3,9% – 1 213,0 tys.) i zaburzenia zachowania (3,8% – 1 191,7 tys.). Jak wspomniano powyżej, wszystkie dostępne dane światowe wskazują na kilkakrotnie wyższe rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych. W przeglądzie badań populacyjnych prowadzonych przy użyciu tej samej metodologii stwierdzano wskaźniki rozpowszechnienia depresji w ciągu życia na

poziomie 15,0% (w ciągu roku natomiast 5,5%)³⁾. Wraz z pandemią wskaźniki te stały się jeszcze wyższe⁴⁾.

Do przeciętnie najwcześniej (tj. przed osiągnięciem wieku dorosłego) ujawniających się w ciągu życia zaburzeń należą lęki w postaci fobii (swoiste - 8,6 lat; społeczne - 11,6 lat; agorafobia - 13,9 lat) i zaburzenia socjalizacyjne wieku rozwojowego (opozycyjno-buntownicze - 12,0 lat, zachowania (ang. *conduct*) - 13,3 lat). Natomiast do zaburzeń rozpoczynających się przeciętnie najpóźniej (40 lat i więcej) należą epizody depresji (40,1 lat) i neurastenii (40 lat).

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych według wielkości miejsca zamieszkania wskazuje na ciekawą zależność. Najmniejsze rozpowszechnienie notujemy na wsiach i w wielkich miastach powyżej 200 tys. mieszkańców, gdzie nie przekracza 20%, znacznie wyższe, bo sięgające 30%, w miastach małych do 50 tys. mieszkańców i w miastach średniej wielkości do 200 tys. mieszkańców. Nie można wykluczyć, że na wsiach rolę ochronną odgrywają takie czynniki jak oparcie, które dają więzi rodzinne i sąsiedzkie, a w wielkich miastach większy udział osób z wykształceniem wyższym oraz mniejszy na ogół poziom bezrobocia w porównaniu z mniejszymi miastami.

Tabela 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski w wieku 18+

Zaburzenie	Rozpowszechnienie (%)		Ekstrapolowana liczebność (w tys.)	Leczenie w okresie ostatnich 12 miesięcy (%)
Jakiegokolwiek zaburzenie wg ICD-10/CIDI	26,46	8 330,2	—	
Zaburzenia nerwicowe i pokrewne (internalizacyjne)				
Jakiegokolwiek zaburzenie internalizacyjne	16,07	5 060,6	—	
Lęk uogólniony	1,16	363,7	22,16	
Lęk napadowy (napady lęku/paniki)	7,04	2 215,5	17,9	
w tym zaburzenie z napadami lęku	1,19	375,6	13,4	

³⁾ Kessler R.C., Bromet E.J. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409. PMID: 23514317; PMCID: PMC4100461.

⁴⁾ Liu X., Zhu M., Zhang R. et al. Public mental health problems during COVID-19 pandemic: a large-scale metaanalysis of the evidence. *Transl Psychiatry* 11, 384 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01501-9>.

Agorafobia	0,27	85,5	15,7
Fobia społeczna	1,65	518,9	8,4
Fobie swoiste	4,89	1 538,8	1,3
Lęk separacyjny	0,48	152,6	25,1
Obsesyjno-kompulsyjne (wg DSM-IV)	0,44	137,1	0
Neurastenia	0,82	256,8	46,0
Stresowe pourazowe (PTSD)	2,24	704,7	12,4
Zaburzenia nastroju (afektywne)			
Jakiegolwiek zaburzenie afektywne	4,65	1 465,5	–
Epizody depresji	3,85	1 213,0	15,4
łagodny	1,10	332,4	3,7
umiarkowany	1,53	481,6	13,7
ciężki	1,27	399,1	26,1
Dystymia	0,46	152,9	33,2
Epizody Manii	0,81	256,3	12,04

hipomania	0,42	132,5	0
mania	0,39	123,8	18,4
Objawy bliskie psychotycznym			
co najmniej jeden z sześciu objawów bliskich psychotycznym	0,95	298,4	—
co najmniej jeden z sześciu objawów bliskich psychotycznym po wyłączeniu związanych ze snem lub używaniem substancji	0,42	133,5	10
Zaburzenia eksternalizacyjne			
Jakiegokolwiek zaburzenie eksternalizacyjne	11,63	3 662,0	—
Zachowania (conduct)	3,79	1 191,7	0
Opozycyjno-buntownicze	0,29	90,4	0
Okresowe eksplozywne (wg DSM–IV)	1,33	419,7	3,1
Z napadami objadania się (wg DSM–IV)	0,71	233,0	0
Związane z używaniem alkoholu	7,3	2 307,7	—
w tym uzależnienie od alkoholu	1,9	582,5	—
Związane z używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna	1,2	383,0	21,8
w tym uzależnienie od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna	0,2	59,6	49,2
Regularne używanie tytoniu	34,0	10 704,2	
w tym uzależnienie od nikotyny	2,2	695,4	—
Zagrożenie patologicznym hazardem	0,2	48,6	0
Myśli samobójcze	1,4	441,3	

Źródło: EZOP II Polska

Występowanie zaburzeń psychicznych w życiu potwierdza ponad 25% mężczyzn i nieco mniej niż 20% kobiet. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych zwiększa się wraz z wiekiem od 19,2% w wieku 18-29 do 34,2% w wieku 65+. Szczyt rozpowszechnienia wśród seniorów przypada na wiek 65-69 lat, a następnie po 70. roku życia rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych spada częstości występowania zauważono w grupie wiekowej 40-49 lat oraz 50-64 lata.

Zamachy samobójcze

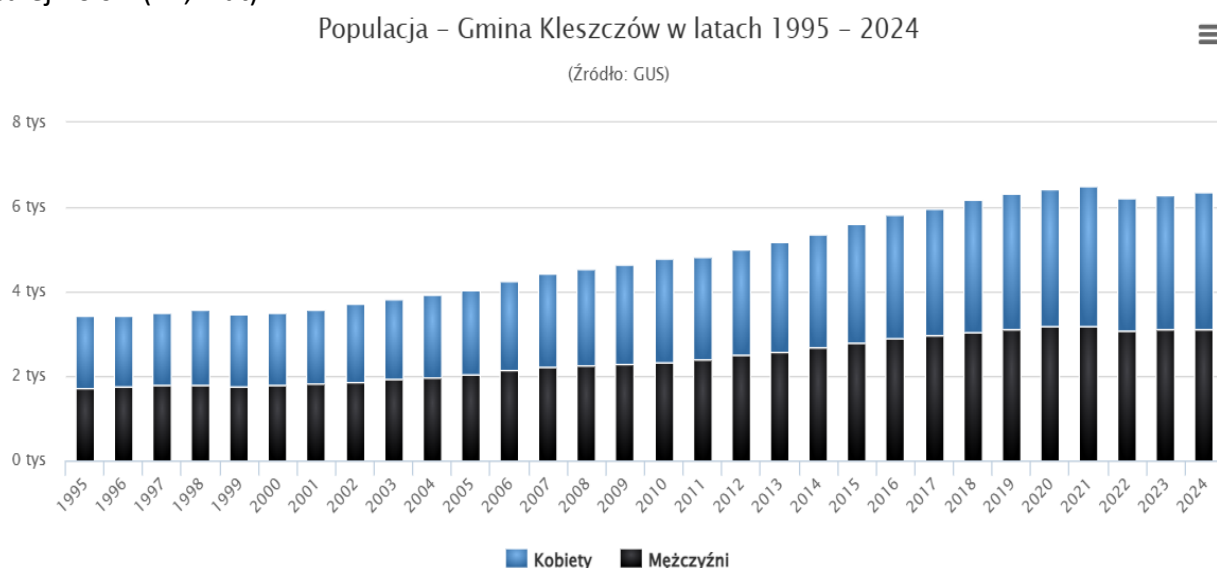
Dane na temat liczby samobójstw są gromadzone przez Komendę Główną Policji. Jak wynika z dostępnych statystyk, łączna liczba zamachów samobójczych wyniosła w 2024 r. - 14 980 (najliczniej w grupie wiekowej 13-18 lat - 2 092), w tym samobójstw dokonanych - 4 845. Zamachy samobójcze zakończyły się zgonem wśród 4 088 mężczyzn oraz 757 kobiet. Najczęstszym sposobem dokonania zamachu samobójczego było powieszenie się (5 252 osób), zażycie leków innych niż nasenne czy psychotropowe (2 361 osób) oraz samookaleczenie powierzchniowe (2 075 osób), a najrzadziej dokonywano zamachu przez zatrucie dopalaczami. Najczęstsze ustalone przyczyny zamachów samobójczych zakończonych zgonem to choroba psychiczna albo zaburzenia psychiczne oraz zawód miłosny. Najwięcej zamachów samobójczych było wśród osób w wieku 13-18 lat - 2 092 oraz wśród osób w wieku 19-24 lat - 1 648.

Dane uzyskane w badaniu EZOP II odnoszą się również do zachowań samobójczych. Badanie wykazało, że 1,5% osób potwierdziło, że kiedykolwiek w życiu miało myśli samobójcze, natomiast po ekstrapolacji na populację można szacować, że ponad 110 tysięcy dorosłych podejmowało próby samobójcze.

2. Dane liczbowe dotyczące Gminy Kleszczów

Demografia

Gmina Kleszczów to gmina wiejska. Należy do województwa łódzkiego, powiatu bełchatowskiego. Gmina stanowi 10,7% powierzchni powiatu. Gmina Kleszczów ma 6 346 mieszkańców, czyli zamieszkuje ją 5,6% ludności powiatu, z czego 50,9% stanowią kobiety, a 49,1% mężczyźni. W latach 2002-2024 liczba mieszkańców wzrosła o 71,5%. Średni wiek mieszkańców wynosi 36,2 lata i jest znacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców województwa łódzkiego (44,1 lata) oraz znacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców całej Polski (42,7 lat).



Rycina 2. Populacja Gminy Kleszczów

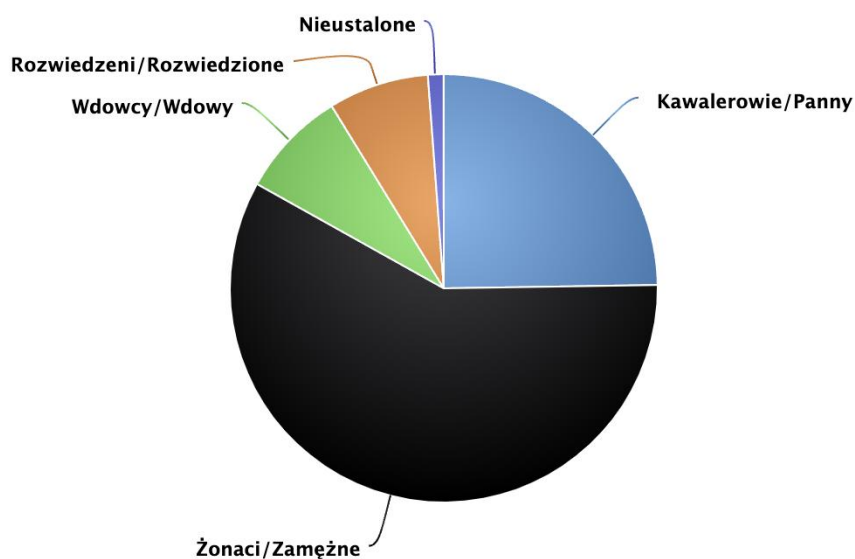
Źródło: https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Kleszczow

Odsetek kobiet dla Gminy Kleszczów to 50,9%, natomiast mężczyzn 49,1%. Współczynnik feminizacji dla Gminy Kleszczów na rok 2024 wynosi 104, a współczynnik maskulinizacji 97.

Mieszkańcy gminy Kleszczów zawarli w 2023 roku 23 małżeństwa, co odpowiada 3,7 małżeństwom na 1000 mieszkańców. Jest to porównywalna do wartości dla województwa łódzkiego (3,9) oraz nieznacznie mniej od wartości dla Polski (4,1). W tym samym okresie odnotowano 1,7 rozwodów przypadających na 1000 mieszkańców, są to wartości wyższe od średniej dla województwa (1,6) oraz od średniej dla całej Polski (1,5). 24,7% mieszkańców gminy Kleszczów jest stanu wolnego, 58,3% żyje w małżeństwie, 7,6% mieszkańców jest po rozwodzie, a 8,1% to wdowy/wdowcy.

Stan cywilny (Ludność w wieku 15+ lat) – Gmina Kleszczów

(Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011)



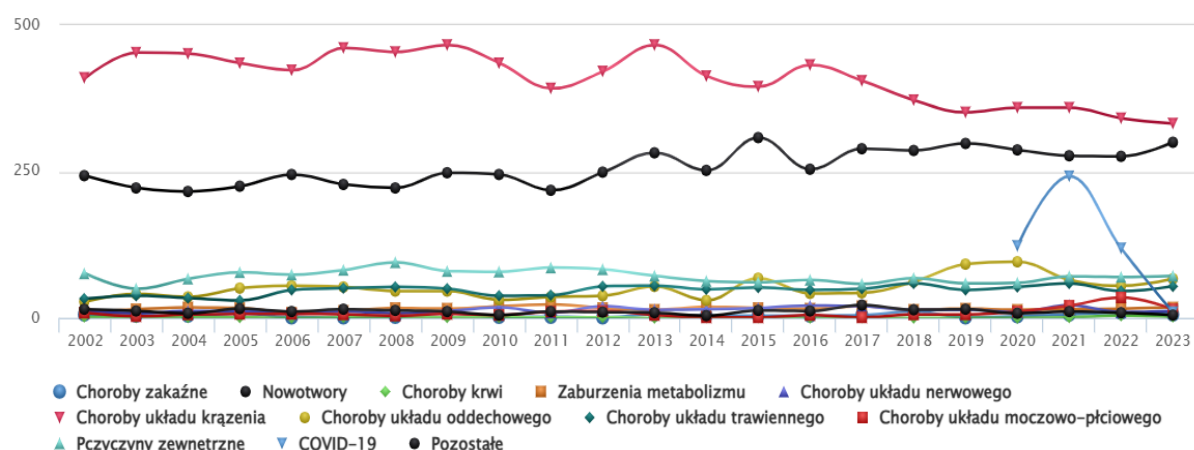
Rycina 3. Stan cywilny ludności Gminy Kleszczów

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

W 2023 roku 32,5% zgonów w gminie Kleszczów spowodowanych było chorobami układu krążenia, przyczyną 29,4% zgonów w gminie Kleszczów były nowotwory, a 6,6% zgonów spowodowanych było chorobami układu oddechowego. Na 1000 ludności gminy Kleszczów przypada 10,2 zgonów. Jest to znacznie mniej od wartości średniej dla województwa łódzkiego (12,8) oraz mniej od wartości średniej dla kraju (10,9).

Przyczyny zgonów w powiecie bełchatowskim w latach 2002 – 2023

(Źródło: GUS)



Rycina 4. Przyczyny zgonów mieszkańców Gminy Kleszczów

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

W 2023 roku zanotowano na terenie powiatu bełchatowskiego współczynnik liczby prób (zachowań) samobójczych na 10 tys. ludności na poziomie 1,4, co jest tym samym wskaźnikiem dla województwa łódzkiego (1,4), ale wyraźnie wyższym od współczynnika dla całego kraju (1,2).

Finanse publiczne

Suma wydatków z budżetu gminy Kleszczów wyniosła w 2023 roku 291,8 mln złotych, co daje 46,4 tys. złotych w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Oznacza to wzrost wydatków o 17.2% w porównaniu do roku 2022. Największa część budżetu gminy Kleszczów - 39.1% została przeznaczona na Dział 900 - Gospodarka komunalna i ochrona środowiska. Dużą część wydatków z budżetu przeznaczona została na Dział 758 - Różne rozliczenia (18.9%) oraz na Dział 801 - Oświata i wychowanie (13.8%). Wydatki inwestycyjne stanowiły 56,5 mln złotych, czyli 19,4% wydatków ogółem. Suma dochodów do budżetu gminy Kleszczów wyniosła w 2023 roku 245,4 mln złotych, co daje 39,0 tys złotych w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Oznacza to wzrost dochodów o 4.2% w porównaniu do roku 2022. Największa część dochodów wygenerował Dział 756 - Dochody od osób prawnych, fizycznych i od innych jednostek (57.9%). Duża część wpływów pochodzi z Dział 758 - Różne rozliczenia (19.2%) oraz z Dział 900 - Gospodarka komunalna i ochrona środowiska (16.3%). W budżecie gminy Kleszczów wpływy z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych wynosiły 1,0 tys złotych na mieszkańca (2,6%), natomiast dochód z tytułu podatków dochodowych od osób prawnych wynosił 4,9 tys. złotych na mieszkańca (12,5%).

Tabela 2. Wydatki budżetu gminy Kleszczów według działów klasyfikacji budżetowej w latach 2016 - 2023

Ogółem (zł)	270,3 mln	277,5 mln ↑	267,0 mln ↓	286,3 mln↑	261,2 mln ↓	284,7 mln ↑	230,8 mln↓	245,4 mln ↑
Na jednego mieszkańca (zł)	47,7 tys	47,2 tys	44,0 tys	45,8 tys	43,4 tys	46,6 tys	37,4 tys	39,0 tys
(% udział w całości budżetu)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)
Dział klasyfikacji budżetowej ↑↓	2016 ↑↓	2017 ↑↓	2018 ↑↓	2019 ↑↓	2020 ↑↓	2021 ↑↓	2022 ↓↑	2023 ↑↓
Ochrona zdrowia [Dział 851]	108,7 tys 18,7 (0%)	110,9 tys ↑ 18,6 (0%)	99,0 tys↓ 16,0 (0%)	103,2 tys ↑ 16,3 (0%)	104,8 tys ↑ 16,3 (0%)	387,6 tys↑ 59,6 (0.1%)	134,8 tys ↓ 21,7 (0.1%)	143,5 tys ↑ 22,8 (0.1%)

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

3. Zasoby instytucjonalne na terenie Gminy Kleszczów

Placówki oświatowe

W roku 2023 w gminie Kleszczów mieściły się 4 przedszkola, w których do 16 oddziałów uczęszczało 363 dzieci (166 dziewczynek oraz 197 chłopców). Dostępnych było 0 miejsc. Dla porównania w 2008 roku w gminie Kleszczów mieściły się 3 przedszkola, w których do 8 oddziałów uczęszczało 194 dzieci (96 dziewczynek oraz 98 chłopców). Dostępnych było 195 miejsc.

Placówkę mają 2 szkoły podstawowe, w których w 38 oddziałach uczyło się 708 uczniów (356 kobiet oraz 352 mężczyzn). Dla porównania w 2008 roku w gminie Kleszczów placówkę miały 2 szkoły podstawowe, w których w 19 oddziałach uczyło się 344 uczniów (168 kobiet oraz 176 mężczyzn).

W gminie Kleszczów znajduje się 1 liceum ogólnokształcące, w którym w 8 oddziałach uczyło się 195 uczniów (157 kobiet oraz 38 mężczyzn). W 2023 zarejestrowano 40 absolwentów. W gminie Kleszczów znajduje się 1 Technikum, w którym w 10 oddziałach uczyło się 214 uczniów (12 kobiet oraz 202 mężczyzn). W 2023 zarejestrowano 40 absolwentów.

Domy i ośrodki kultury w gminie Kleszczów

Domy i ośrodki kultury, kluby i świetlice w 2024 roku w gminie Kleszczów: 9 (publiczne: 9, prywatne: 0), w tym obiekty przystosowane dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich: 0. W gminie Kleszczów 6 instytucji posiada sale widowiskowe, w których znajduje się 805 standardowych miejsc dla widzów.

Szczegółowe dane dotyczące imprez organizowanych przez jednostki w Imprezy organizowane przez jednostki w 2023 roku oraz liczba uczestników: imprezy ogółem: 253 (uczestnicy: 11 158) seanse filmowe: 4 (uczestnicy: 1 180) wystawy: 3 (uczestnicy: 180) koncerty: 16 (uczestnicy: 5 844) imprezy turystyczne i sportowo - rekreacyjne: 4 (uczestnicy: 444) konkursy: 6 (uczestnicy: 539) pokazy teatralne: 5 (uczestnicy: 920) warsztaty: 21 (uczestnicy: 1 281) inne: 194 (uczestnicy: 770)

Opieka zdrowotna

Dane Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia mówią o 64 świadczeniodawcach działających w zakresie opieki psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w kategorii „poradnia zdrowia psychicznego” terenie woj. łódzkiego w 2024 roku.

Po specjalistyczne wsparcie psychologiczne mieszkańcy gminy Kleszczów mogą się udać do:

- Klinika Wolmed, w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, prowadzi **Poradnie Psychologiczno-Terapeutyczne** dla Dzieci i Młodzieży oraz Rodzin w Bełchatowie, Pajęcznie, Radomsku, Łasku, Wieluniu i Zduńskiej Woli. Placówki Wolmed-u oferują bezpłatne wsparcie zespołu psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych.

- skorzystać z pomocy **psychologa** Wiejski Dom Kultury w Łękińsku ul. Szkolna 2
Dyżury psychologa odbywają się w następujących terminach:

wtorek w godz. 17.00-21.00,
czwartek w godz.17.00-21.00,
sobota w godz. 9.00-21.00.

- **spotkania rozwojowe** dla dorosłych
Wiejski Dom Kultury w Łękińsku ul. Szkolna 2
Program dla osób doświadczających trudności życiowych.
Spotkania odbywają się w każdy poniedziałek w godzinach 14.00 - 19.00.

- **poradnia życia rodzinnego**
Wiejski Dom Kultury w Łękińsku ul. Szkolna 2
Poradnia czynna w każdy czwartek od godziny 12.00 do 17.00.

Celem działania Poradni jest:

- budowanie relacji: rodzinnych, w miejscu pracy, w szkole;
 - wsparcie w sytuacjach kryzysowych oraz życia z osobą uzależnioną;
 - udzielanie porad dotyczących wychowania dzieci;
 - pomoc w radzeniu sobie ze stresem, samotnością, zmartwieniami, chorobą;
 - pomoc w pokonywaniu trudności wychowawczych, edukacyjnych i językowych u dzieci
-
- **punkt konsultacyjny dla osób dotkniętych uzależnieniami w Gminie Kleszczów**
Wiejski Dom Kultury w Łękińsku ul. Szkolna 2
Spotkania odbywają się w każdą środę w godzinach 15.00 - 20.00.
-
- **pomoc dla osób dotkniętych przemocą i znajdujących się w kryzysowej sytuacji**
osoby dotknięte przemocą oraz osoby znajdujące się w szeroko rozumianym kryzysie, mogą uzyskać wsparcie od specjalisty ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie i interwencji kryzysowej (certyfikowany instruktor terapii uzależnień) - dyżury odbywają się w siedzibie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bełchatowie przy ul. Czaplinieckiej 66 w pokoju nr 10, co dziennie w dni robocze w godzinach 8:00-15:00

Ocena gminnych zasobów w działaniach z zakresu ochrony zdrowia, w tym zdrowia psychicznego

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Główną jednostką wykonującą zadania z zakresu pomocy społecznej na terenie gminy Kleszczów jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej. Według statutu zatwierdzonego uchwałą Rady Gminy Nr XXXIII/337/04 z dnia 29 grudnia 2004 roku, do jego zadań należy:

- przyznawanie i wypłacanie przewidzianych prawem świadczeń;

- praca socjalna;
- prowadzenie i rozwój niezbędnej infrastruktury socjalnej;
- analiza i ocena zjawisk rodzących zapotrzebowań na świadczenia z pomocy społecznej;
- realizacja zadań wynikających z różnych potrzeb społecznych;
- rozwijanie nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb.

Wydatki GOPS w 2023 r. wynosiły ogółem 11 294 838,37 zł.

Zadania GOPS - szczególnie w zakresie pracy socjalnej, analizy potrzeb i rozwoju nowych form pomocy - mają istotne znaczenie dla realizacji celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (2023-2030), w tym:

- zapewnienia dostępności wsparcia psychospołecznego na poziomie lokalnym,
- integracji działań systemu pomocy społecznej, ochrony zdrowia i edukacji,
- promowania samopomocy i lokalnych inicjatyw wspierających zdrowie psychiczne,
- przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób z zaburzeniami psychicznymi.

4. Cele programu

Cel główny programu

Głównym celem programu jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb oraz prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi, zamieszkującymi na terenie Gminy Kleszczów.

Cele szczegółowe programu

1. upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej
2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
3. aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi
4. skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy
5. udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom

Realizacja celów:

Cel szczegółowy:

upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej

Zadania:

- 1) zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w gminie;

Wskaźnik monitorujący: odsetek placówek biorących udział w Programie w okresie roku.

Cel szczegółowy:

upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Zadania:

- 1) aktualizacja poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej oraz samopomocy środowiskowej;
- 2) wspieranie finansowe projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności gminnego ośrodka pomocy rodzinie.

Cel szczegółowy:

aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

- 1) zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi;

Cel szczegółowy:

skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy

Zadania:

- 1) realizacja, koordynowanie i monitorowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego;
- 2) przygotowanie i udostępnienie mieszkańcom oraz samorządowi województwa aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o lokalnie dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w postaci papierowej lub elektronicznej).

Cel szczegółowy:

udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom

Zadania:

- 1) zapewnienie wsparcia specjalistycznego dzieciom i uczniom, z uwzględnieniem ich zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych i rozwojowych, ich rodzinom oraz nauczycielom przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne przy współpracy z podmiotami działającymi na rzecz wsparcia dzieci, uczniów, rodzin, nauczycieli;
- 2) udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i uczniom, z uwzględnieniem ich zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych i rozwojowych, ich rodzinom oraz nauczycielom w jednostkach systemu oświaty.

Działania szczegółowe programu

Działania szczegółowe to:

1. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.
2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi opieki specjalistycznej.
3. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.
4. Stworzenie dedykowanego systemu do zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego na szczeblu samorządowym.

Działanie szczegółowe 1: Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

- **czas realizacji:** lata 2026 -2028

- **realizatorzy:** jednostki organizacyjne gminy oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób z trudnościami i w kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
- **zadania:**
 - zwiększanie świadomości społecznej w obszarze problematyki zdrowia psychicznego poprzez aktywizację lokalnej społeczności
 - opracowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych na temat ochrony zdrowia psychicznego;
 - realizacja kampanii społecznych na rzecz podnoszenia wiedzy i świadomości mieszkańców gminy na temat ochrony zdrowia psychicznego w szczególności dot. zaburzeń psychicznych, zaburzeń osobowości, depresji, prób samobójczych i innych trudności psychicznych;
 - realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych sprzyjającym zmianie postaw społecznych mieszkańców gminy w szczególności kształtujących postawę zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałającym dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi;
 - opracowanie działań prewencyjnych dla dzieci i młodzieży mających na celu wczesną ochronę zdrowia psychicznego poprzez kształtowanie postaw harmonijnego rozwoju, kształtowanie umiejętności społecznych oraz poprawę funkcjonowania emocjonalnego;
 - realizacja programów informacyjno-edukacyjnych z zakresu seksualności oraz rozwoju emocjonalnego i ich znaczenia w życiu człowieka;
 - realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych oraz kampanii społecznych z wykorzystaniem *social mediów* dotyczących konsekwencji zdrowotnych uzależnienia od substancji psychoaktywnych, nikotyny oraz alkoholu;
 - realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych oraz kampanii społecznych dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym (zaburzeń odżywiania, uzależnieniu od hazardu, internetu, gier komputerowych, pornografii i seksu);
 - wczesna identyfikacja zaburzeń zachowania wśród dzieci i młodzieży;
 - badania przesiewowe dzieci dotyczące stopnia rozwoju psycho- fizycznego dla dzieci w wieku przedszkolnym oraz klasach 1-3 szkół podstawowych w celu wdrożenia szybkiej ścieżki dla dalszych badań neuropsychiatrycznych.
 - skuteczne działania osłonowe jednostek pomocy społecznej zapewniające bezpieczeństwo socjalne ofiarom przemocy domowej.
- **wskaźniki rezultatu:**
 - liczba zrealizowanych kampanii informacyjno-edukacyjnych służących podniesieniu wartości zdrowia psychicznego i ograniczenia zjawisk mu zagrażających;

- liczba opracowanych i rozdysponowanych materiałów informacyjno-edukacyjnych pod postacią: ulotek, plakatów, folderów informacyjnych, banerów;
- liczba beneficjentów programów i projektów;
- liczba postów na FB/Insta oraz ich zasięg;
- liczba zrealizowanych prelekcji w szkołach;
- liczba dzieci i młodzieży skierowanych na badania do poradni psychologiczno-pedagogicznych;
- liczba dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym skierowanych na badania neuropsychiatryczne;
- liczba osób objętych pracą socjalną;
- liczba założonych *niebieskich kart*;
- odsetek mieszkańców Gminy Kleszczów prezentujących postawę zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi;
- odsetek mieszkańców oceniających pozytywnie swój dobrostan psychiczny.

Działanie szczegółowe 2: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi opieki specjalistycznej

- **czas realizacji:** lata 2026 -2028
- **realizatorzy:** jednostki organizacyjne gminy oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób z trudnościami i w kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
- **zadania:**
 - prowadzenie systemowej diagnozy funkcjonalnej w tym:
 - diagnostyka dzieci 0-3 lat oraz dzieci w wieku przedszkolnym;
 - diagnoza funkcjonalna dzieci i młodzieży;
 - diagnoza osób dorosłych;
 - diagnoza seniorów.
 - zapewnienie kompleksowych działań dla osób potrzebujących oraz ich rodzin w szczególności dla osób:
 - dotkniętych kryzysem psychicznym;
 - po próbie samobójczej lub zagrożonych podjęciem próby samobójczej;
 - z depresją i innymi zaburzeniami afektywnymi;
 - z zaburzeniami osobowości i zachowania;
 - z zaburzeniami psychotycznymi;
 - z zaburzeniami nerwicowymi;
 - uzależnionych od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz od czynników behawioralnych;
 - ofiar i sprawców przemocy.
 - organizacja wsparcia zewnętrznego w sytuacji wystąpienia kryzysu w tym:

- współpraca gminnego ośrodka pomocy społecznej z instytucjami opieki psychiatrycznej oraz POZ;
- zapewnienie miejsc do realizacji specjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- zapewnienie specjalistycznych usług opiekuńczych.
- upowszechnienie środowiskowych form interwencji w tym *streetworkerskich*;
- znoszenie barier w dostępie do wczesnej pomocy psychospołecznej;
- wspieranie programów mieszkalnictw wspomaganego szczególnie dla ofiar przemocy;
- rozwój wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- upowszechnianie informacji o dostępnych formach opieki zdrowotnej.
- **wskaźniki rezultatu:**
 - liczba beneficjentów wczesnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej;
 - liczba osób skierowanych na konsultacje psychiatryczne w danym roku;
 - odsetek beneficjentów zadowolonych ze skuteczności interwencji;
 - ocena zadowolenia beneficjentów z dostępności do poszczególnych form wsparcia i opieki zdrowotnej;
 - liczba i zasięg opublikowanych informacji o dostępnych formach opieki.

Działanie szczegółowe 3: Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

- **czas realizacji:** lata 2026 -2028
- **realizatorzy:** jednostki organizacyjne gminy oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób z trudnościami i w kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
- **zadania:**
 - opracowanie długofalowych programów integracyjnych zapobiegających nawrotom choroby;
 - zbudowanie zintegrowanego systemu pomocy i wsparcia środowiskowego na rzecz osób niepełnosprawnych i chorych psychicznie oraz członków ich rodzin;
 - opracowywanie indywidualnych planów dla osób po zakończonej terapii np. wychodzenia z kryzysu, przemocy itp.;
 - tworzenie warunków do realizacji wsparcia dziennej opieki nad pacjentem w tym: oddziałów dziennych, ośrodków ambulatoryjnych, domów samopomocy, specjalistycznych ośrodków dla dzieci, punktów wsparcia środowiskowego, dziennych domów pomocy, klubów oraz placówek terapeutycznych;
 - poszerzenie oferty wsparcia środowiskowego poprzez rozszerzenie usług opiekuńczych, psychiatrii środowiskowej, zespołów interwencyjnych, pracy socjalnej oraz teleopieki;

- promowanie zdrowego stylu życia, utrzymywania kontaktów społecznych i aktywności społecznej wśród osób starszych co wpłynie na poprawę ich zdrowia psychicznego;
- dostosowanie do programu całodobowego wsparcia instytucjonalnego w tym rodzinnych domów pomocy społecznej, hosteli, szpitali lub oddziałów psychiatrycznych, placówek terapii uzależnień;
- aktywizacja zawodowa adresatów programu poprzez wspieranie działań mających na celu pozyskanie pracodawców, którzy będą zatrudniać osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- stworzenie zintegrowanego systemu pomocy i wsparcia środowiskowego osobom starszym, schorowanym z powodu przewlekłej choroby oraz o obniżonej sprawności;
- wsparcie programów aktywizacji zawodowej adresatów programu poprzez kursy, szkolenia, praktyki i staże;
- realizacja zajęć socjoterapeutycznych w szkołach i świetlicach w celu zapewnienia sprzyjających warunków do integracji w środowisku szkolnym;
- wspieranie oferty zajęć dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi;
- realizacja działań mających na celu zapewnienie opiekunów prawnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- realizacja programów dotyczących pomocy psychologicznej dla osób żyjących z osobą chorą przewlekle;
- **wskaźniki rezultatu:**
 - liczba wdrożonych programów, projektów i działań podjętych w celu aktywizacji społecznej, odzyskania samodzielności oraz powrócenia do pełnienia ról społecznych;
 - liczba beneficjentów biorących udział w realizacji poszczególnych programów;
 - odsetek beneficjentów zadowolonych z wdrożonych programów;
 - odsetek beneficjentów, którzy powrócili do pełnienia ról społecznych;
 - ocena zadowolenia beneficjentów z dostępności programów pomocowych;
 - liczba zorganizowanych imprez, spotkań integracyjnych oraz liczba ich uczestników.

Działanie szczegółowe 4: Stworzenie dedykowanego systemu do zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego na szczeblu samorządowym

- **czas realizacji:** lata 2026 -2028
- **realizatorzy:** jednostki organizacyjne gminy oraz wszystkie inne podmioty wykonujące zadania na rzecz osób z trudnościami i w kryzysach psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi
- **zadania:**
 - powołanie zespołu koordynującego działania i realizację poszczególnych celów szczegółowych;

- edukacja publiczna w zakresie przeciwdziałania problemom związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi;
 - opracowanie metod zarządzania osobami w kryzysie psychicznym i ich rodzin przy projekcie włączania ich w życie społeczne;
 - tworzenie standardów postępowania dla poszczególnych działań;
 - pomoc społeczna osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego;
 - monitorowanie dostępności i kolejek oczekiwania do placówek ochrony zdrowia oraz instytucji realizujących program;
 - stałe monitorowanie stopnia realizacji programu;
 - tworzenie i funkcjonowanie gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
 - utworzenie punktu informacyjnego (stacjonarny, social media, infolinia, strona internetowa);
 - stworzenie systemu wolontariatu na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi;
 - promocja i upowszechnianie programu.
- **wskaźniki rezultatu:**
 - powołanie zespołu koordynującego;
 - liczba beneficjentów, którzy skorzystali z punktu informacyjnego;
 - stworzenie i aktualizowanie mapy dostępności do usług;
 - odsetek beneficjentów, którzy wzięli udział w ewaluacji programu.

5. Zasady realizacji programu

Beneficjenci programu to mieszkańcy Gminy Kleszczów dotknięci problemami zaburzeń psychicznych, rodziny tych osób oraz osoby będące w grupie ryzyka narażenia na rozwój zaburzeń psychicznych.

Realizatorzy programu

- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej,
- Posterunek Policji,
- Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- Zespół Interdyscyplinarny,
- placówki oświatowe i świetlice wiejskie,
- Kleszczowska Przychodnia Salus,
- Gminny Ośrodek Kultury,
- Biblioteka Publiczna,
- organizacje pozarządowe, kościoły oraz inne podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (NGO).

Finansowanie programu

Budżet samorządu lokalnego Gminy Kleszczów oraz środki pozyskane z funduszy zewnętrznych: dotacji rządowych, pozarządowych, programów celowych, sponsorzy indywidualni.

Zakładane rezultaty realizacji programu

- Wzrost skuteczności działań w zakresie przeciwdziałania chorobom psychicznym.
- Wzrost świadomości społecznej w zakresie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.
- Zmniejszenie wskaźnika wykluczenia społecznego osób z chorobami psychicznymi.
- Polepszenie sytuacji społecznej, bytowej i zdrowotnej osób z zaburzeniami psychicznymi.
- Wzrost świadomości na temat możliwości uzyskania wsparcia i pomocy w zakresie przeciwdziałania chorobom psychicznym, finansowanej przez Urząd Gminy Kleszczów, wśród osób chorych i będących w grupie ryzyka.

6. Budżet programu

Budżet programu powinien zawierać minimum 2 rodzaje pozycji kosztowych:

1. Koszty organizacyjne

Przykładowe organizacyjne koszty roczne po stronie Gminy Kleszczów:

- organizacja kampanii informacyjnych

- koszty administracyjno-biurowe, wydruki ankiet, usługi pocztowe/kurierskie, transport materiałów,
- zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych, koszty marketingu,
- zaprojektowanie i utrzymanie zakładki na stronie internetowej dedykowanej programowi (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie),
- koszty zarządzania programem - koszty przygotowania raportów, wydruki sprawozdań.

2. Koszty interwencji

Koszty realizacji interwencji po stronie Gminy Kleszczów będą uzależnione od wyboru rodzajów wsparcia w ramach działań dotyczących realizacji poszczególnych celów szczegółowych.

3. Źródło finansowania

Źródłem finansowania programu będą środki zabezpieczone corocznie w budżecie Gminy Kleszczów, w tym innych komplementarnych programach strategicznych oraz środki uzyskane ze źródeł zewnętrznych.

7. Podsumowanie

Zapewnienie odpowiedniego poziomu zdrowia psychicznego skutkować będzie zwiększeniem oczekiwanej długości życia w zdrowiu oraz przełożyć się może na poprawę zdrowia publicznego, w wymiarze społecznym i ekonomicznym. Zmiany demograficzne i epidemiologiczne, obecne w Polsce, wymagają efektywnego włączenia działań dotyczących psychicznej sfery zdrowia.

Tworzenie Programu ochrony zdrowia psychicznego ma na celu przede wszystkim wspieranie promowania zdrowego stylu życia, utrzymywania kontaktów społecznych i aktywności społecznej wśród dzieci i młodzieży oraz osób starszych, zwiększenia dostępności do świadczeń opieki psychiatrycznej, podnoszenia świadomości mieszkańców Gminy Kleszczów na temat zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej oraz rozpowszechniania informacji na temat funkcjonowania instytucji działających na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i/lub uzależnionych.

Promocja zdrowia psychicznego konieczna jest całej populacji mieszkańców Gminy Kleszczów, nie tylko osobom z problemami i zaburzeniami psychicznymi i ich opiekunom. Rozwój i wdrażanie strategii zdrowia psychicznego wpływa na zmniejszenie rozprzestrzeniania się stygmatyzacji osób z problemami psychicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem ich dyskryminacji. Dotyczy to głównie osób będących pod wpływem długotrwałego stresu, które narażone są na zespoły lękowe, depresje i choroby związane z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Na ryzyko wystąpienia chorób psychicznych podatne są również grupy podlegające marginalizacji społecznej, a zwłaszcza osoby starsze, o niskim statusie materialnym, dzieci z rodzin patologicznych oraz osoby z zaburzeniami osobowości. Długofalowe aktywności zapobiegające tym zjawiskom powinny być jednym z kluczowych priorytetów lokalnej i krajowej polityki zdrowotnej.

8. Bibliografia

1. Sygit M., Zdrowie publiczne, Warszawa 2010
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030
3. https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
4. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization
5. Gromulska L., Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów światowej organizacji zdrowia, Przegl Epidemiol 2010; 64: 127 - 132
6. A. Kiejna, P. Piotrowski, T. Adamowski, J. Moskaiewicz, J. Wciórka, J. Stokwiszewski, D. Rabczenko, R.C. Kessler, Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku - badanie EZOP Polska, „Psychiatria Polska” 2015, nr 49(1), s. 15-27
7. <https://www.ezop.edu.pl/05-Podsumowanie.pdf>
8. Seligman, Walker, Rosenhan, Psychopatologia, s. 271.
9. Murawiec, Wierzbiński, Depresja, 2017
10. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>
11. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>
12. <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Dane%20Instytutu%20Psychiatrii%20i%20Neurologii.pdf>