

AKCEPTUJĘ

.....

**Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej
w latach 2016–2020**

Program na lata 2016–2020

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.)

Warszawa, 2015 r.

(aktualizacja 2020 r.)

I. Streszczenie

1. Skrótowy opis celów i podstawowych elementów programu

Obecny program jest kontynuacją prowadzonego od 1997 r. programu Monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej.

Wyniki badań, wykonanych w ramach programu realizowanego w poprzednich latach, są zamieszczane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Cel główny badań:

1. ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych,
2. badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stwierdzony w ww. badaniach stomatologicznych stan zdrowia.

Cele szczegółowe badań:

- określenie stanu zdrowia jamy ustnej i związanej z nim jakości życia różnych grup wiekowych populacji polskiej,
- określenie stanu, tendencji i uwarunkowań próchnicy u dzieci i młodzieży oraz chorób przyzębia u osób dorosłych,
- określenie aktualnych potrzeb profilaktyczno-leczniczych i edukacyjnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej różnych grup wiekowych populacji oraz stopnia ich zaspokojenia, z uwzględnieniem istniejącego zróżnicowania środowiskowego i regionalnego,
- określenie istniejącego zróżnicowania stanu zdrowia jamy ustnej oraz dostępności do opieki stomatologicznej,
- wskazanie strategii, programów oraz działań profilaktyczno-edukacyjnych umożliwiających poprawę stanu zdrowia ludności kraju.

Zgodnie z przyjętymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zasadami monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej najmłodsze indeksowe grupy wiekowe populacji są badane w odstępach 2 lat, dorastająca młodzież oraz młodzież kończąca szkołę licealną w odstępach odpowiednio 3 i 5 lat. Wyznaczone odstępy czasu pomiędzy badaniami określonych grup wiekowych są związane z dynamiką procesu próchnicy zębów, która jest najwyższa u dzieci w okresie kilku lat po wyrżnięciu zębów i z upływem czasu ulega obniżeniu. Grupy osób dorosłych badane są w odstępach 5–8 letnich.

Prowadzone badania epidemiologiczne i socjomedyczne będą miały zasięg ogólnopolski i będą realizowane w oparciu o corocznie prowadzone badania epidemiologiczne i socjomedyczne określonych indeksowych grup wiekowych populacji. Próby populacji, (średnio 2000 osób w 1 grupie wiekowej) wyłonione będą w losowaniu wielowarstwowym.



Badania będą prowadzone wg zaleceń i w oparciu o kryteria klasyfikacji stanów klinicznych WHO (Oral Health Surveys. Basic Data. WHO Geneva 1997) oraz przy współpracy uczelni medycznych i konsultantów wojewódzkich. Osoby prowadzące badania stomatologiczne będą wyłaniane w procesie szkoleniowo-kalibracyjnym. Badania terenowe będą uzupełnione o działania edukacyjne promujące zdrowie jamy ustnej.

Wyniki prowadzonych badań umożliwią odniesienie się do skuteczności obecnego systemu opieki stomatologicznej i wskaże kierunki usprawnień umożliwiających poprawę stanu zdrowia i jakości życia dzieci oraz osób dorosłych w kraju.

2. Określenie wysokości środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji.

Program zostanie sfinansowany z budżetu pozostającego w dyspozycji Ministra Zdrowia z części 46 – Zdrowie, działu – 851 – Ochrona zdrowia, rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej.

Koszt realizacji proponowanych zadań to:

- 1) w 2016 r. – 600 000 zł;
- 2) w 2017 r. – 600 000 zł;
- 3) w 2018 r. – 400 000 zł;
- 4) w 2019 r. – 569 089,40 zł;
- 5) w 2020 r. – 487 850 zł.

Środki będą zabezpieczone w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia, w ramach corocznego limitu wydatków przyznawanego na realizację programów polityki zdrowotnej.

Udział własny realizatorów – brak. Realizatorzy otrzymują środki publiczne z zastrzeżeniem przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.).

3. Spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia programu, w tym określenia głównych mierzalnych/niemierzalnych korzyści i kosztów.

Spodziewane efekty realizacji programu to:

- 1) otrzymanie obrazu stanu zdrowia jamy ustnej w ujęciu dynamicznym;
- 2) identyfikacja barier w dostępie do zdrowia.

Dodatkowe efekty realizacji programu to:

- 1) wzrost odsetka dzieci objętych edukacją prozdrowotną i profilaktyką próchnicy na terenie przedszkola, szkoły;
- 2) wzrost odsetka osób dorosłych posiadających wiedzę na temat zdrowia jamy ustnej;

- 3) zwiększenie odsetka dzieci objętych kontrolnymi badaniami stomatologicznymi;
- 4) zwiększenie odsetka dzieci objętych leczeniem i zapobieganiem profesjonalnym próchnicy;
- 5) obniżenie różnic w dostępie do edukacji prozdrowotnej, zapobiegania i leczenia próchnicy zależnych od lokalizacji i regionu.

Główną mierzalną korzyścią kontynuacji programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej będzie wykorzystanie, otrzymanych w przedmiotowym badaniu danych, do kreowania polityki zdrowotnej, która pozwoli na obniżenie wartości wskaźników próchnicy dmft/DMFT (średnia liczba zębów odpowiednio mlecznych bądź stałych z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy) i SIC (średnia liczba zębów z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy u 1/3 badanej populacji o najcięższym przebiegu choroby) u dzieci i młodzieży oraz wzrost odsetka dzieci bez próchnicy i ze zdrowym przyzęciem, a także obniżenie wartości wskaźnika objawów stanu przyzębia CPI (Community Periodontal Index).

Prowadzone badania pozwolą również na uzyskanie wartości dodanych, w następstwie prowadzonych równolegle z realizacją monitoringu zdrowia jamy ustnej, prelekcji oraz demonstracji indywidualnych i grupowych metod zapobiegania próchnicy i chorobom przyzębia oraz promocji zdrowego stylu życia, adresowanych do różnych grup wiekowych populacji.

Zgodnie z załączonym harmonogramem, w 2016 r. były badane dzieci w wieku 5, 7 i 12 lat. W oparciu o uzyskane dane została dokonana i przedstawiona ocena stanu i tendencji próchnicy jak również ocena stanu przyzębia i potrzeb profilaktyczno-leczniczych odpowiednio u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Wymienione grupy wiekowe zostały objęte badaniem stomatologicznym i ankietowym. W przypadku dzieci w wieku 5 i 7 lat odpowiedzi na pytania ankietowe udzielali rodzice lub opiekunowie prawni wylosowanych dzieci. Również wychowawcy badanych dzieci zostali objęci badaniem ankietowym. W oparciu o uzyskane dane dokonana została ocena stanu i tendencji próchnicy w indeksowej grupie dzieci w drugiej dekadzie XXI wieku. Zgromadzone dane pozwalają również na określenie zaawansowania realizacji w Rzeczypospolitej Polskiej celu poprawy zdrowia jamy ustnej na 2020 r. w grupie dzieci w wieku 12 lat o najcięższym przebiegu próchnicy. Przedstawione zostały również oceny dotyczące stanu przyzębia i potrzeb profilaktyczno-leczniczych populacji ogólnej dzieci w Rzeczypospolitej Polskiej. Szczególny nacisk

w prowadzonych badaniach był położony na określenie i wskazanie istniejących nierówności w stanie zdrowia jamy ustnej populacji polskiej i ich uwarunkowań.

W 2017 r. pod kątem epidemiologicznym badane były próby losowe dzieci i młodzieży w wieku odpowiednio 3 i 18 lat oraz socjomedycznym młodzież 18-letnia, rodzice lub opiekunowie dzieci 3-letnich, a także nauczyciele szkół, do których uczęszczali badani uczniowie. Uzyskane dane pozwalają na określenie tendencji próchnicy wczesnego dzieciństwa o ciężkim przebiegu i potrzeb leczniczych oraz profilaktycznych najmłodszych dzieci, jak również zróżnicowania stanu zdrowia i jego uwarunkowań w tej grupie populacji w różnych regionach kraju. W oparciu o uzyskane dane dokonana została ocena stanu i tendencji próchnicy w indeksowej grupie wiekowej młodzieży w drugiej dekadzie XXI wieku. Przedstawione zostały również oceny dotyczące stanu przyzębia i potrzeb profilaktyczno-leczniczych populacji ogólnej młodzieży w Rzeczypospolitej Polskiej. Szczególny nacisk w prowadzonych badaniach jest położony na określenie i wskazanie istniejących nierówności w stanie zdrowia jamy ustnej populacji polskiej i ich uwarunkowań.

W 2017 r. zostali zbadani również pod kątem epidemiologicznym i socjomedycznym dorośli w wieku 35–44 lata. Ocenie podlegał stan i tendencja próchnicy, a także stan i potrzeby lecznicze przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej u osób dorosłych.

W 2018 r. badaniem epidemiologicznym i socjomedycznym objęte były dzieci w wieku odpowiednio 6, 10 i 15 lat.

Dokonana została ocena stanu i tendencji próchnicy oraz ocena stanu przyzębia i potrzeb profilaktyczno-leczniczych uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych.

Badania prowadzone w ramach programu pozwalają na ocenę stanu i tendencji próchnicy oraz chorób przyzębia jak również aktualnych potrzeb leczniczych i profilaktycznych różnych grup wiekowych populacji, wskażą kierunki usprawnień systemu zdrowia oraz rodzaj programów zdrowotnych i metod, których wykorzystanie umożliwi poprawę istniejącej złej sytuacji zdrowotnej najmłodszych dzieci i uprawdopodobni realizację do 2020 r. europejskiego celu zdrowia jamy ustnej, którym w odniesieniu do dzieci w wieku 6 lat jest wzrost proporcji dzieci bez próchnicy do 80% oraz obniżenie średniej liczby zębów objętych próchnicą u dziecka w wieku 12 lat do nie więcej niż półtora zęba.

W 2019 r. objęte były badaniem epidemiologicznym i socjomedycznym dzieci w wieku 7 i 12 lat oraz osoby dorosłe w wieku 65–74 lata. W oparciu o uzyskane dane została dokonana i przedstawiona ocena stanu i tendencji próchnicy, jak również ocena stanu przyzębia i potrzeb profilaktyczno-leczniczych, odpowiednio u dzieci w wieku szkolnym. Wymienione

grupy wiekowe były objęte badaniem stomatologicznym i ankietowym. W przypadku dzieci w wieku 7 lat odpowiedzi na pytania ankietowe udzielali rodzice lub opiekunowie wylosowanych dzieci. Również wychowawcy badanych dzieci byli objęci badaniem ankietowym. Zgromadzone dane pozwalają również na określenie zaawansowania realizacji w Rzeczypospolitej Polskiej celu dotyczącego zdrowia jamy ustnej na rok 2020 w grupie dzieci w wieku 12 lat o najcięższym przebiegu próchnicy, t.j. obniżenia średniej liczby zębów objętych próchnicą do nie więcej niż półtora zęba.

Osoby dorosłe zbadane będą pod kątem epidemiologicznym i socjomedycznym. Ocenie podlegać będzie stan i potrzeby lecznicze przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej.

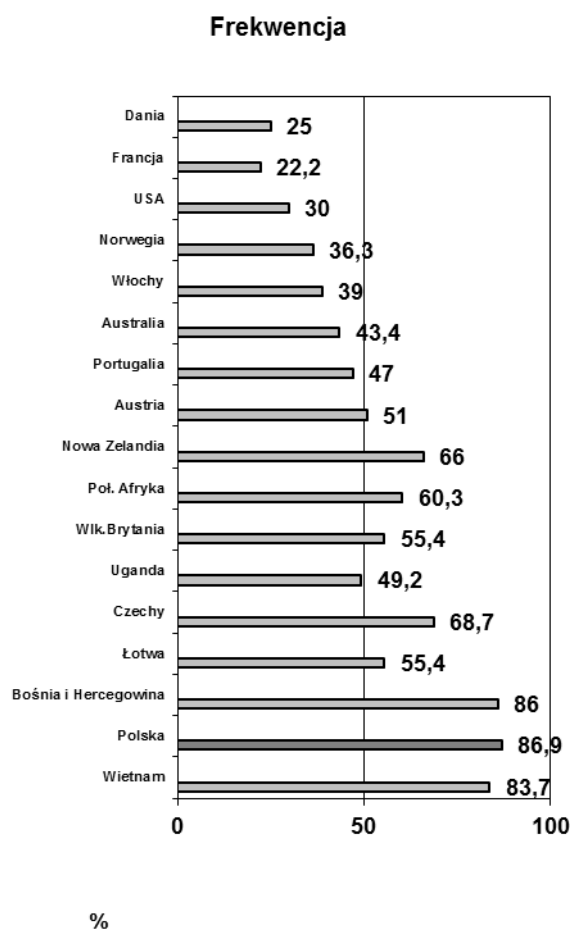
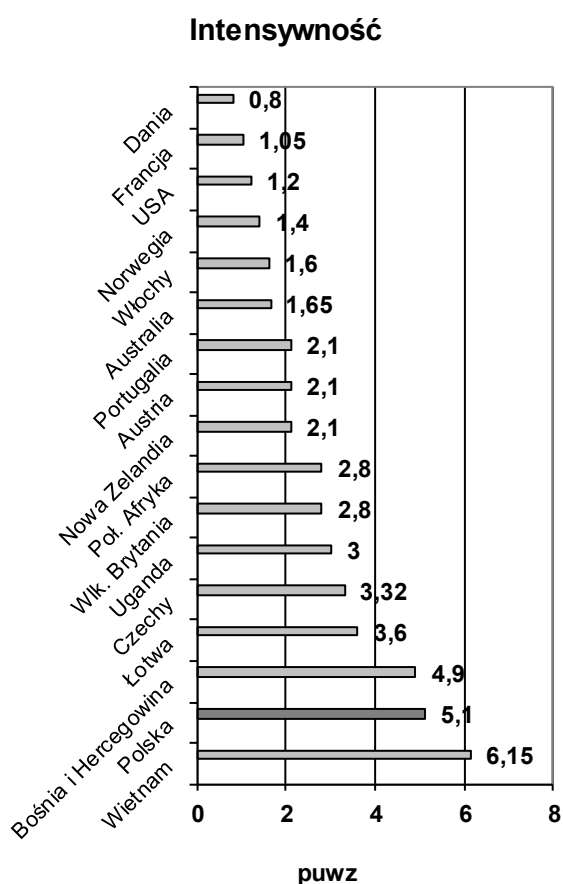
W 2020 r. zbadane zostaną dzieci w wieku 3 i 5 lat oraz młodzież w 18 roku życia. Wymienione grupy wiekowe będą objęte badaniem ankietowym. W przypadku dzieci w wieku 3 i 5 lat odpowiedzi na pytania ankietowe będą udzielali rodzice lub opiekunowie wylosowanych dzieci. Również wychowawcy badanych dzieci będą objęci badaniem ankietowym.

II. Zdefiniowanie problemu.

1. Opis problemu

Wyniki dotychczasowych badań wskazują na alarmująco zły stan zdrowotny uzębienia dzieci w wieku przedszkolnym w Rzeczypospolitej Polskiej. Stan ten różni się znacząco od stanu obserwowanego nie tylko w krajach rozwiniętych ale także w krajach UE wzbudzonych gospodarczo (podlegających podobnie jak Rzeczypospolita Polska transformacji systemowej). Na rycinie poniżej przedstawiono intensywność i frekwencję próchnicy u 6-letnich dzieci w Rzeczypospolitej Polskiej na tle wybranych krajów.

(źródła: WHO-Global Oral Data Bank 2000-2006 oraz dane z Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Jamy Ustnej i jego Uwarunkowań. 2008r. Wierzbicka M i współ.)



Głównymi problemami zdrowotnymi w Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zdrowia jamy ustnej są:

- wysoka częstość i nasilenie próchnicy wczesnej (choroby atakującej uzębienie dzieci do 3 roku życia). W Rzeczypospolitej Polskiej ponad 50% dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Średnio u dziecka w tym wieku objęte próchnicą są około 3 zęby,
- nie podejmowanie badań kontrolnych uzębienia mlecznego oraz zapobiegania i leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym (dzieci z uzębieniem mlecznym). Z badań ankietowych wynika, że ponad 60% matek dzieci w wieku 3 lat nie było z dzieckiem u stomatologa. U dziecka w wieku 5 lat stwierdza się średnio około 5 zębów z nieleczonymi ubytkami próchnicowymi, a odsetek dzieci w wieku 5 lat bez próchnicy nie przekracza 20%. Warto w tym miejscu wspomnieć, że cel zdrowia

WHO na XXI wiek, proponowany do realizacji do 2020 r. zakłada, że we wszystkich krajach europejskich odsetek dzieci 6-letnich bez próchnicy sięgnie 80%. Cel ten zaakceptowały wszystkie liczące się organizacje i instytucje zajmujące się problematyką zdrowia publicznego jamy ustnej, takie jak: Międzynarodowe Towarzystwo Badań Stomatologicznych (IADR), Międzynarodowa Federacja Stomatologów (FDI), Europejska Federacja Wydziałów Stomatologii Uniwersytetów Medycznych (ADEE), Rada Głównych Stomatologów Krajów Europejskich (CECDO), Międzynarodowe Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (IAPD), Europejskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej (EADPH),

- usuwanie zębów stałych z powodu próchnicy u dzieci w wieku szkolnym co może być wynikiem niepodejmowania stomatologicznych badań kontrolnych, zaniedbań profilaktycznych i wreszcie nieskuteczności leczenia zachowawczego próchnicy i jej następstw. W Rzeczypospolitej Polskiej odsetek uczniów szkół podstawowych w wieku 12 lat z co najmniej 1 zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy sięga 1,72%, a u młodzieży w wieku 18 lat – 8,835%,
- wysoki i gwałtownie rosnący między 35–44 a 65–74 rokiem życia odsetek osób dorosłych z bezzębem, gwałtownie malejąca w tym okresie życia średnia liczba zachowanych zębów naturalnych u osoby oraz masowe występowanie chorób przyzębia (w 2013 r. tylko u około 5% badanych nie stwierdzono nieprawidłowości ze strony przyzębia). Niepokojąco również rośnie liczba osób z nowotworami jamy ustnej, które to stanowią 27 % nowotworów występujących w obrębie głowy i szyi.

2. Przyczyna istnienia problemu

Główną przyczyną przedstawionych wyżej problemów zdrowotnych może być powszechnie niska świadomość zdrowotna społeczeństwa (szczególnie wśród rodziców lub opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym oraz dzieci i młodzieży).

W Rzeczypospolitej Polskiej nikt nie prowadzi przekrojowych badań epidemiologicznych dotyczących całej populacji. Badania Ministerstwa Zdrowia są jedynymi, na których mogą oprzeć się organizatorzy ochrony zdrowia i które m. in. służą do oceny funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej oraz wskazania kierunków jego usprawnień.

3. Waga problemu dla społeczeństwa

Konieczna jest kontynuacja programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej. Prowadzone w ramach tego programu pogłębione badania epidemiologiczne i socjomedyczne pozwolą na dokonywanie okresowych ocen skuteczności polskiego systemu

opieki stomatologicznej, wskazanie kierunku prowadzenia programów edukacyjnych i profilaktycznych o wysokiej skuteczności oraz wdrożenie programu edukacyjnego o podstawowym znaczeniu dla poprawy stanu zdrowia ludności kraju.

4. Dotychczasowe próby rozwiązania problemu

Polityka zdrowotna Ministra Zdrowia dotycząca intensyfikacji zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży oparła się na działaniach, zmierzających do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej ludności kraju przez podniesienie świadomości zdrowotnej społeczeństwa przez:

- edukację zdrowotną kobiet ciężarnych i matek małych dzieci – Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132), które zostało zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756). W ww. rozporządzeniach zostały ujęte działania edukacyjne skierowane do kobiet ciężarnych, m.in. w zakresie zdrowia jamy ustnej, a wśród zalecanych badań diagnostycznych i konsultacyjnych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży znajduje się badanie stomatologiczne,
- działania edukacyjne w zakresie zdrowia jamy ustnej, skierowane do matek małych dzieci, uwzględnione w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej, sprawowanych podczas wizyt patronażowych (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz. U. z 2019 r. poz. 736, z późn. zm.).

Poza działaniami wynikającymi z rozporządzeń Ministra Zdrowia, rozpoczęto realizację programu edukacyjnego ukierunkowanego na wdrożenie i utrwalenie nawyku szczotkowania zębów pastą z fluorem u dzieci w wieku przedszkolnym. Jest on finansowany w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy na podstawie umowy podpisanej pomiędzy Biurem ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia jako instytucją pośredniczącą oraz Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu jako instytucją realizującą.

W ramach ww. programu od listopada 2014 r. stomatologiczną opieką profilaktyczną objęte zostały dzieci wieku od 0 do 5 roku życia. Natomiast ich rodzice, nauczyciele oraz wychowawcy przedszkolni, pediatrzy, pielęgniarzy i położne objęci zostali promocją zdrowia.

III. Uzasadnienie.

1. Dlaczego realizacja programu powinna być sfinansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym należy wskazać odpowiednie wskaźniki i mierniki (w relacji z innymi ważnymi z punktu widzenia polityki zdrowotnej programami)

Program realizowany jest zgodnie z poleceniem Biura Regionalnego WHO dla Europy. W latach 1997–1998 staraniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, przy współudziale konsultantów Światowej Organizacji Zdrowia Ministerstwo Zdrowia wdrożyło i realizuje w Rzeczypospolitej Polskiej system monitorowania stanu zdrowotnego jamy ustnej. Badaniem obejmowane są wskaźnikowe grupy wiekowe (zgodnie z harmonogramem WHO) oraz inne podgrupy wiekowe populacji (np. w celu oceny skuteczności programu profilaktyki stomatologicznej).

Należy również nadmienić, że przedstawiony program jest zgodny z priorytetami polityki zdrowotnej państwa, określonymi w Narodowym Programie Zdrowia:

- obniżenie chorób masowych o przewlekłym przebiegu i modyfikowalnych, związanych ze stylem życia czynnikach przyczynowych,
- wyrównywanie różnic w zdrowiu na poziomach lokalnym i regionalnym,
- poprawa jakości życia dzieci i osób dorosłych w Rzeczypospolitej Polskiej.

Wskaźnikiem nazywa się liczbową metodę mierzenia danych stosowanych w badaniu epidemiologicznym.

Za pomocą wskaźników mierzy się:

- występowanie próchnicy – ile osób w populacji jest nią dotkniętych,
- występowanie chorób przyzębia – jak rozpowszechnione są choroby przyzębia,
- ruchomość zębów – w jakim wieku ludzie najczęściej tracą zęby.

2. Zdefiniowanie potrzeby zdrowotnej, której zaspokojeniu ma służyć realizacja programu

Wyniki dotychczasowych badań klinicznych stanu zdrowotnego jamy ustnej jednoznacznie wskazują nadal na zły stan uzębienia w populacji dzieci przedszkolnych. Nieco lepszą sytuację, aczkolwiek daleką od oczekiwanej, obserwujemy wśród 12-letnich uczniów. Z drugiej strony wiadomo, że ten stan rzeczy nie jest efektem ograniczonych zasobów kadrowych, gdyż Polska posiada jeden z wyższych w skali europejskiej, wskaźnik nasycenia lekarzami dentykami (ponad 9,1/10 000 ludności). Wiadomo też, że stan zdrowia jamy ustnej, a szczególnie próchnica zębów jako klasyczna choroba cywilizacyjna, zależy nie od działań naprawczych lekarzy dentyków, ale od zachowań zdrowotnych jednostki i szeroko

rozumianych czynników systemowych przyczyniających się funkcjonowania stomatologicznych programów profilaktycznych.

Rycina poniższa wskazuje na uwarunkowania powstania i przebiegu próchnicy (adaptacja „pól Lalonda”).



Źródło; Szatko F., Społeczne uwarunkowania stanu zdrowotnego jamy ustnej, Akademia Medyczna w Łodzi, 2001

Systematycznie prowadzony od 1997 r. Ogólnopolski Monitoring Stanu Zdrowia Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowań – jako jedyne badanie w Rzeczypospolitej Polskiej, nie tylko umożliwia ocenę kliniczną stanu uzębienia, ale identyfikuje również te bariery społeczne, ekonomiczne, organizacyjne i kulturowe, które warunkują wyżej przedstawioną sytuację epidemiologiczną. Inaczej mówiąc, wyniki monitoringu wskazują na konkretne działania jakie winny być podjęte przez decydentów szczebla krajowego i wojewódzkiego np.: ewidentnie negatywne wzorce stomatologicznych zachowań higienicznych stwierdzone u dzieci i ich matek jednoznacznie wskazują na potrzebę wdrożenia ogólnopolskiego, programu edukacyjnego na poziomie klas 0 – 3 szkół podstawowych.

Próchnica zębów obok choroby niedokrwiennej serca, nowotworów, cukrzycy typu 2 czy alergii, jako współczesna poważna choroba cywilizacyjna, jest silnie warunkowana stylem życia, czynnikami systemowymi i środowiskowymi.

Właśnie obok takich wskaźników jak: średnia długość trwania życia, umieralność niemowląt, zapadalność na gruźlicę, HBV, czy HIV lub AIDS – wskaźniki określające próchnicę zębów są bardzo czułymi (mierzalnymi) miernikami rozwoju społeczno-cywilizacyjnego

i kulturowego danego kraju. Informacja o tym, że statystyczne polskie 6 letnie dziecko posiada ponad 5 zębów zaatakowanych próchnicą (z czego tylko 1 jest wyleczony) jest coraz częściej publikowana przez światową literaturę pediatryczną, ekonomiczną i społeczną, koncentrującą się na niskiej skuteczności systemów opieki zdrowotnej w takich krajach jak Białoruś, Litwa, Łotwa, Rzeczypospolita Polska czy Ukraina.

System monitorowania stanu zdrowotnego jamy ustnej, zgodnie z poleceniem Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy przy współdziałaniu konsultantów Światowej Organizacji Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia wdrożyło w latach 1997–1998. Badaniem epidemiologicznym obejmowane były wskaźnikowe grupy wiekowe (zgodnie z harmonogramem WHO) oraz inne podgrupy wiekowe populacji (np. w celu oceny skuteczności programu profilaktyki stomatologicznej). Realizowany był on w latach: 1998–2003 jako program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia, w latach 2004–2007 jako zadanie Ministra Zdrowia, oraz w latach 2008–2009, 2010–2012 oraz 2013–2015 powtórnie jako program zdrowotny Ministra Zdrowia.

Prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia przekrojowe badania epidemiologiczne dotyczące całej populacji są jedynymi, na których mogą oprzeć się organizatorzy ochrony zdrowia i które m. in. służą do oceny funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej oraz wskazania kierunków jego usprawnień.

3. Efektywność ekonomiczna

Badania prowadzone w ramach programu pozwolą na ocenę stanu i tendencji próchnicy oraz chorób przyzębia jak również aktualnych potrzeb leczniczych i profilaktycznych różnych grup wiekowych populacji. Wskażą kierunki usprawnień systemu zdrowia oraz określą rodzaj programów i metod, których wykorzystanie umożliwi poprawę istniejącej złej sytuacji zdrowotnej najmłodszych dzieci i uprawdopodobni realizację do 2020 r. europejskiego celu zdrowia jamy ustnej, którym w odniesieniu do dzieci w wieku 6 lat jest wzrost proporcji dzieci bez próchnicy do 80% oraz obniżenie średniej liczby zębów objętych próchnicą u dziecka w wieku 12 lat do nie więcej niż półtora zęba. Usprawnianie systemu zdrowia oraz realizacja skutecznych programów zdrowotnych opracowanych na podstawie otrzymanych wyników badań pozwoli na ograniczenie wydatkowania środków finansowych na działania naprawcze.

Jednocześnie, prowadzona w trakcie badań epidemiologicznych edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej, przez zwiększenie świadomości stomatologicznej przyczyni się do redukcji

próchnicy zębów, co w konsekwencji przyniesie wymierne skutki ekonomiczne polegające na zaoszczędzeniu środków finansowych wydatkowanych na realizację świadczeń zdrowotnych. Monitorowanie realizacji programu pozwala dokonywać ewaluacji programu, w wyniku której każdego roku w ramach tych samych środków finansowych program może być uzupełniany o nowe elementy.

4. Innowacyjność i wykorzystanie postępu naukowo-technicznego w zaproponowanych rozwiązaniach

Badania epidemiologiczne prowadzone są według ustalonych reguł. W ramach programu objętych badaniem zostaje kilka tysięcy osób, a uzyskane dane muszą być zarejestrowane i analizowane. Badanie musi być zatem proste w swoich założeniach, powtarzalne i mało czasochłonne.

5. Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń

Wymagane jest od realizatorów doświadczenie w realizacji zadań będących przedmiotem programu.

6. Promowanie współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami

Badania są prowadzone we współpracy z WHO, zgodnie z przyjętymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zasadami monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej, w oparciu o kryteria diagnostyczne stanów klinicznych wg zaleceń WHO (Oral Health Surveys. Basic Data WHO Geneva, 1997) oraz dotyczą wskazanych indeksowych grup wiekowych populacji, jakie mają być badane w danym roku. Badania są prowadzone przy udziale Uniwersytetów lub Akademii Medycznych, kształcących lekarzy dentyków.

7. Możliwość ponownego wykorzystania programu w przyszłości lub kontynuowania jego realizacji przez inne jednostki

Doświadczenie zdobyte przez ww. jednostki może zostać wykorzystane do prowadzenia podobnych badań.

IV. Opis programu

1. Określenie, czy program stanowi kontynuację z lat ubiegłych

Proponowany program jest kontynuacją programu realizowanego nieprzerwanie od roku 1999, w latach 1999–2003 jako program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia, w latach 2004–2006 jako zadanie Ministra Zdrowia i w latach 2007–2015 jako program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia.

2. Cele ogólne i szczegółowe

Cele ogólne badań:

- 1) ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych;
- 2) badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stan zdrowia stwierdzony w ww. badaniach stomatologicznych.

Cele szczegółowe:

- określenie stanu zdrowia jamy ustnej i związanej z nim jakości życia różnych grup wiekowych populacji polskiej;
- określenie stanu zdrowia jamy ustnej i związanej z nim jakości życia różnych grup wiekowych populacji polskiej;
- określenie stanu, tendencji i uwarunkowań próchnicy u dzieci i młodzieży oraz chorób przyzębia u osób dorosłych;
- określenie aktualnych potrzeb profilaktyczno-leczniczych i edukacyjnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej różnych grup wiekowych populacji oraz stopnia ich zaspokojenia, z uwzględnieniem istniejącego zróżnicowania środowiskowego i regionalnego;
- określenie istniejącego zróżnicowania stanu zdrowia jamy ustnej oraz dostępności do opieki stomatologicznej;
- wskazanie strategii, programów oraz działań profilaktyczno-edukacyjnych umożliwiających poprawę stanu zdrowia ludności kraju.

3. Plan działań

Wymienione cele będą realizowane w oparciu o prowadzone badania epidemiologiczne i socjomedyczne określonych grup wiekowych populacji. Badane próby populacji poszczególnych województw wyłonione będą w losowaniu wielowarstwowym. Corocznie badane będą 3 określone grupy wiekowe, z których każda będzie liczyła kilka tysięcy osób. Badania stomatologiczne i ankietowe będą prowadziły dwuosobowe zespoły złożone ze stomatologa i epidemiologa uprzednio szkolonych i kalibrowanych. Będą one prowadzone w ujednoliconych warunkach i w oparciu o kryteria diagnostyczne stanów klinicznych wg zaleceń WHO (Oral Health Surveys. Basic Data WHO Geneva, 1997). Rzetelność ocen klinicznych będzie weryfikowana w oparciu o wyniki ponownego badania 10% próby losowej. Organizatorem i osobą nadzorującą przebieg, w tym dobór próby do badań, w każdym z województw będzie zaproszony konsultant wojewódzki w dziedzinie stomatologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją lub periodontologii. Badania będą prowadzone przy udziale uczelni medycznych, kształcących lekarzy dentystów.

Uzyskane dane stomatologiczne i socjomedyczne będą analizowane statystycznie. Wyniki prowadzonych badań będą przedstawiane w formie rocznych raportów z realizacji programu i przekazywane w postaci maszynopisów oraz w postaci elektronicznej.

4. Sposób realizacji zadań

Zgodnie z załączonym harmonogramem realizacji programu:

W 2016 r. badane zostały dzieci w wieku 5, 7 i 12 lat pod kątem oceny stanu próchnicy i potrzeb leczniczych oraz profilaktycznych dzieci. Wymienione grupy wiekowe dzieci będą objęte badaniem stomatologicznym i ankietowym. Odpowiedzi na pytania ankietowe w grupie dzieci 5 i 7-letnich będą udzielali rodzice lub opiekunowie. Badaniem ankietowym będą objęci także wychowawcy i nauczyciele badanych dzieci.

Koszt zadań realizowanych w 2016 r. wyniósł 600 000,00 zł.

W 2017 r. badane zostały osoby dorosłe w wieku 35–44 lat oraz dzieci w wieku 3 i 18 lat ze wszystkich regionów kraju. Badaniem ankietowym zostaną objęte osoby dorosłe, rodzice lub opiekunowie dzieci 3-letnich oraz młodzież 18-letnia. Zebrane dane pozwolą na przedstawienie tendencji próchnicy w Rzeczypospolitej polskiej w indeksowych grupach wiekowych dzieci i młodzieży oraz zaawansowanie realizowanych celów dotyczących zdrowia jamy ustnej na 2020 r. Ponadto przedstawione będą potrzeby lecznicze i profilaktyczne dzieci i młodzieży z uwzględnieniem różnic regionalnych i środowiskowych. Badania prowadzone w ramach programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej w 2017 r. umożliwią ocenę i przedstawią tendencję próchnicy w drugiej dekadzie XXI wieku w grupach dzieci i młodzieży oraz u osób dorosłych, a także poziom wykorzystania metod zapobiegania próchnicy. Ponadto pozwolą na odniesienie się do wszystkich wyżej omawianych na przykładzie innych grup wiekowych kwestii szczegółowych.

Koszt zadań realizowanych w 2017 r. wyniósł 600 000,00 zł.

W 2018 r. badaniem objęte zostały próby losowe dzieci w wieku 6, 10 i 15 lat. Wymienione grupy wiekowe dzieci zostały objęte badaniem stomatologicznym i ankietowym. Odpowiedzi na pytania ankietowe w grupie dzieci 6-letnich udzielali rodzice lub opiekunowie. Badaniem ankietowym zostali objęci także wychowawcy i nauczyciele badanych dzieci.

Koszt zadań realizowanych w 2018 r. wyniósł 400 000,00 zł.

W 2019 r. badaniem została objęta populacja powyżej 65 roku życia (65–74 lata) oraz dzieci w wieku 7 i 12 lat. Wymienione grupy wiekowe będą objęte badaniem stomatologicznym i ankietowym. Odpowiedzi na pytania ankietowe w grupie dzieci 7-letnich będą udzielali

rodzice lub opiekunowie. Badaniem ankietowym będą objęci także wychowawcy i nauczyciele badanych dzieci.

Koszt zadań realizowanych w roku 2019 wyniósł 569 089,40 zł.

W 2020 r. planowano objąć badaniem epidemiologicznym i socjomedycznym grupy dzieci w wieku 3 i 5 lat oraz młodzież 18-letnia. Odpowiedzi na pytania ankietowe w grupie dzieci 3 i 5-letnich będą udzielali rodzice lub opiekunowie. Badaniem ankietowym będą objęci także wychowawcy i nauczyciele badanych dzieci. Z uwagi na wprowadzony na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stan epidemii oraz związane z nim ograniczenia w funkcjonowaniu szkół, placówek oświatowych oraz przedszkoli przeprowadzenie badań epidemiologicznych nie może zostać zrealizowane. Wykonane zostaną wyłącznie badania socjomedyczne, a dodatkowo opracowane zostaną raporty podsumowujące realizację badań epidemiologicznych i socjomedycznych zrealizowanych w trakcie realizacji Programu. Uzupełniająco zostaną opracowane również materiały edukacyjne dla dorosłych, osób starszych, a także dla dzieci i młodzieży (wraz z scenariuszami zajęć dla nauczycieli).

Koszt zadań realizowanych w 2020 r. wyniesie 487 850,00 zł.

W każdym roku realizacji Programu prowadzona będzie działalność w zakresie promocji i edukacji zdrowia jamy ustnej. W każdej miejscowości, uczestniczącej w badaniach, w dniu zakończenia badań będą organizowane, w porozumieniu z władzami lokalnymi, otwarte dla całej społeczności lokalnej, spotkania z lekarzem dentystą, na których zaprezentowane zostaną najważniejsze informacje dotyczące zdrowego stylu życia i indywidualnych, dostosowanych do wieku metod zapobiegania próchnicy i zapaleniom dziąseł. W ramach projektu wykorzystane będą trzy ujednolicone zestawy pomocy dydaktycznych dla grup dzieci 6-letnich, 12-letnich oraz osób dorosłych. Nie przewiduje się odrębnych opłat dla osób prowadzących szkolenia w miejscu badania.

Wszystkie dzieci w przedszkolach lub szkołach, w których prowadzone będą badania będą mogły w ostatnim dniu badania skorzystać z nadzorowanego szczotkowania zębów (zgłaszając się ze swoją szczoteczką do zębów).

Prowadzone badania epidemiologiczne umożliwią ustosunkowanie się do następujących kwestii szczegółowych:

- określenie odsetka dzieci w wieku przedszkolnym bez klinicznych oznak próchnicy zębów – dzieci wolnych od tej choroby;
- określenie stopnia zaspokojenia potrzeb leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym;

- określenie odsetka dzieci w wieku przedszkolnym objętego regularną opieką profilaktyczną w placówce oświatowej;
- określenie odsetka dzieci w wieku przedszkolnym objętych profilaktycznym zabiegiem uszczelniania bruzd międzyguzkowych i liczby zębów uszczelnionych;
- określenie nasilenia próchnicy zębów u dzieci w wieku 3, 5, 6, 7, 10, 12, 15 i 18 lat;
- określenie wartości wskaźnika leczenia zachowawczego próchnicy u tych dzieci;
- określenie wielkości potrzeb leczniczych dzieci w wieku 12, 15 i 18 lat (odsetek dzieci wymagających wykonania wypełnień lub ekstrakcji zęba, średnia liczba zębów wymagających wypełnienia lub ekstrakcji u badanego dziecka, określenie rozległości wymaganych zabiegów, np. wypełnień jedno lub wielopowierzchniowych, leczenie endodontyczne, itp.);
- określenie odsetka dzieci szkolnych objętych różnego typu postępowaniem profilaktycznym (np. okresowym nadzorowanym szczotkowaniem zębów w szkole, uszczelnieniem bruzd międzyguzkowych);
- określenie odsetka dzieci w wieku 12 i 15 lat oraz odsetka młodzieży w wieku 18 lat z zębami usuniętymi z powodu próchnicy;
- określenie aktualnej tendencji próchnicy w badanych grupach dzieci;
- określenie częstości występowania zapaleń dziąseł u dzieci w wieku 12 lat, a w kolejnych latach w wieku 15 lat i odpowiednio 18 lat i wielkości oraz rodzaju potrzeb leczniczych tej choroby u młodzieży kończącej szkołę podstawową oraz liceum;
- określenie liczby zachowanych zębów naturalnych u osób dorosłych w wieku 35–44 lata oraz 65–74 lata;
- określenie nasilenia próchnicy i stopnia zaspokojenia potrzeb leczenia zachowawczego tej choroby u osób dorosłych;
- określenie stanu i potrzeb leczenia przyzębia u osób dorosłych;
- określenie odsetków osób dorosłych z zachowaną funkcją żucia;
- określenie stanu i wielkości potrzeb leczenia protetycznego u osób dorosłych;
- określenie częstości występowania nie zdiagnozowanych i nie leczonych chorób przewlekłych błony śluzowej jamy ustnej u osób dorosłych w, Rzeczypospolitej Polskiej;
- określenie częstości występowania przypadków wymagających natychmiastowej interwencji w zakresie chorób jamy ustnej u osób dorosłych i dzieci;
- określenie rozkładu próchnicy i chorób przyzębia w populacji osób dorosłych w, Rzeczypospolitej Polskiej ;

- określenie wielkości różnic w nasileniu próchnicy i występowaniu chorób przyzębia zależnych od lokalizacji miejsca zamieszkania oraz różnic pomiędzy regionami w kraju;
- określenie odsetków populacji osób dorosłych leczonych protetycznie przy pomocy protez stałych i częściowych ruchomych;
- określenie częstości występowania schorzeń stawu skroniowo-żuchwowego.

Prowadzone badania socjomedyczne umożliwią ustosunkowanie się do następujących kwestii szczegółowych:

- określenie postaw i zachowań zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej u osób dorosłych w wieku 35–44 lata oraz 65–74 lata;
- ocenę osiągalności i wykorzystania systemu opieki stomatologicznej w grupie osób dorosłych;
- określenie stanu świadomości i postaw zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej rodziców lub opiekunów dzieci w wieku 5 lat oraz potrzeb w zakresie edukacji prozdrowotnej tej grupy osób;
- określenie stanu świadomości i postaw zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej rodziców lub opiekunów dzieci w wieku 6 lat oraz potrzeb w zakresie stomatologicznej edukacji prozdrowotnej tej grupy osób, jak również nauczycieli nauczania początkowego w szkołach podstawowych, w przedmiotowym zakresie;
- określenie stanu świadomości i postaw zdrowotnych dotyczących zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku 12 i 18 lat;
- określenie stanu świadomości zdrowotnej i postaw zdrowotnych nauczycieli lub wychowawców dzieci w szkołach typu gimnazjalnego;
- ocenę osiągalności i wykorzystania systemu opieki stomatologicznej wśród dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym;
- ocena dynamiki zmian świadomości oraz postaw zdrowotnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej rodziców lub opiekunów dzieci w wieku 3 i 7 lat oraz dynamiki zmian i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 15 lat;
- określenie świadomości i postaw zdrowotnych młodzieży w wieku 15 lat;
- określenie osiągalności systemu opieki stomatologicznej w grupie osób kończących edukację szkolną i wychodzących z systemu szczególnej troski (bezpłatny, w pełni osiągalny, korzystający z największych nakładów finansowych).

Prowadzony monitoring oparto na porównywalnych, uznanych w skali międzynarodowej wskaźnikach próchnicy i chorób przyzębia. Stosowane są wskaźniki stanu próchnicy takie jak

dmft/DMFT, dt/DT, mt/MT, ft/FT, ft/FT/dt/DT+ft/FT/ dmft+DMFT, SIC wartości odsetkowe, rozkłady odsetkowe określonych cech, CPI: odsetki populacji z określoną wartością wskaźnika jako najwyższą, z określoną średnią liczbą zdrowych sekstantów u osoby.

Badania prowadzone w ramach programu pozwolą na ocenę stanu i tendencji próchnicy oraz chorób przyzębia jak również aktualnych potrzeb leczniczych i profilaktycznych różnych grup wiekowych populacji. Wskażą kierunki usprawnień systemu zdrowia oraz programy i metody, których wykorzystanie umożliwi poprawę istniejącej złej sytuacji zdrowotnej najmłodszych dzieci i uprawdopodobni realizację europejskiego celu zdrowia jamy ustnej, którym w odniesieniu do dzieci w wieku 6 lat jest wzrost do 80% proporcji dzieci bez próchnicy oraz obniżenie średniej liczby zębów objętych próchnicą u dziecka w wieku 12 lat do nie więcej niż półtora zęba ($DMFT \leq 1.5$) oraz celu globalnego na 2020 r., którym jest obniżenie wartości SIC u dzieci w wieku 12 lat do wartości 3.

5. Źródła finansowania:

– budżet ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach corocznego limitu wydatków przyznanego na realizację programów polityki zdrowotnej.

Program zostanie sfinansowany z budżetu pozostającego w dyspozycji Ministra Zdrowia z części 46 – Zdrowie, działu – 851 – Ochrona zdrowia, rozdziału 85149 – Programy polityki zdrowotnej.

Udział własny realizatorów – brak. Realizatorzy otrzymują środki publiczne, z zastrzeżeniem przepisów działu V ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Program nie będzie finansowany z innych źródeł finansowania niż wskazanego powyżej.

6. Szczegółowy harmonogram działań

HARMONOGRAM DZIAŁAŃ

Miesiąc	Każdego roku w latach 2016–2020
Maj	Opracowanie zasad doboru próby losowej do badań. Przygotowanie materiałów szkoleniowych i narzędzi badawczych (karty badania stomatologicznego, ankiety socjomedyczne), przygotowanie opisów metodyki prowadzonych badań. Diagnozowanie w badaniu epidemiologicznym obserwowanych stanów klinicznych uzębienia, przyzębia i błony śluzowej ze szczególnym uwzględnieniem próchnicy zębów, stanu przyzębia i patologii wymagającej natychmiastowej interwencji (przyjęte w obecnym badaniu wskaźniki monitorowania efektów). Przygotowanie zestawów do prowadzonej działalności edukacyjnej.

Czerwiec	Szkolenie nadzoru regionalnego i osób prowadzących badanie epidemiologiczne, kalibracja badających (6 sesji).
Lipiec, sierpień	-
Wrzesień	Prace terenowe: przygotowanie operatorów losowania, dobór prób dzieci i osób dorosłych, badanie stomatologiczne i ankietowe. Prowadzenie działań promocyjnych i edukacyjnych.
Październik	
Listopad	
Grudzień	Obliczenie wskaźników stomatologicznych i socjomedycznych oraz wskaźników monitorowania efektów. Analiza uzyskanych danych i interpretacja wyników badań.
	Ostateczne opracowanie wyników badań.

W 2020 r. z ww. harmonogramu wyłączone zostaną działania związane z przeprowadzeniem badań epidemiologicznych.

8. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów:

Uzyskane wyniki badań będą wyrażone przy użyciu wskaźników międzynarodowych takich jak: dmft (średnia liczba zębów odpowiednio mlecznych z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy), DMFT (średnia liczba zębów odpowiednio stałych z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy), dt (średnia liczba zębów mlecznych z ubytkami próchnicowymi), DT (średnia liczba zębów stałych z ubytkami próchnicowymi), MT (średnia liczba zębów stałych usuniętych z powodu próchnicy), dt/ft+dt (wskaźnik leczenia zachowawczego próchnicy zębów mlecznych), DT/FT+DT (wskaźnik leczenia zachowawczego próchnicy zębów stałych), SIC, CPI (Community Periodontal Index) oraz odpowiednio jako wartości odsetkowe.

Stosowane w monitorowaniu programu porównywalne w skali międzynarodowej wskaźniki kliniczne:

- wartości odsetkowe populacji zdrowej bez objawów określonych chorób,
- odsetek osób z zębami objętymi próchnicą, z zapaleniem dziąseł, z zapaleniem przyzębia w indeksowych grupach wiekowych populacji,
- wskaźnik nasilenia próchnicy i rozkłady odsetkowe poszczególnych wartości wskaźnika (średnia wartość dmft/DMFT),
- odsetek osób z ubytkami próchnicowymi oraz średnia u osoby liczba ubytków próchnicowych (wyrażające wielkość potrzeb leczenia zachowawczego próchnicy w populacji),

- wskaźnik leczenia zachowawczego próchnicy w uzębieniu odpowiednio mlecznym i stałym (dt/DT, ft/FT+dt/DT),
- odsetek populacji z usuniętym co najmniej jednym zębem stałym (odsetek badanych z wartością MT>0),
- odsetek osób w populacji wymagających wykonania określonych zabiegów,
- odsetek osób z całkowitym bezzębciem,
- odsetek osób z zachowaną funkcją żucia (mających 20 zębów naturalnych lub sztucznych pozostających w funkcjonalnym kontakcie)
- wskaźnik nasilenia próchnicy w grupie osób o najwyższym zagrożeniu tą chorobą (średnia wartość SIC).

Otrzymane wyniki są porównywane z wynikami otrzymanymi podczas realizacji programu w latach poprzednich oraz z publikowanymi przez WHO danymi dotyczącymi badań epidemiologicznych grup indeksowych, przeprowadzanych w innych krajach i służą odpowiedzi czy działania w zakresie promocji, profilaktyki i leczenia przyniosły oczekiwane dodatkowe efekty w postaci:

1. Wzrostu odsetków dzieci i młodzieży wolnych od próchnicy i zapaleń dziąseł, szczotkujących zęby dwa razy dziennie pastą z fluorem i zgłaszających się na wizyty kontrolne do stomatologa przynajmniej raz w roku.
2. Obniżenia proporcji młodzieży z zębami usuniętymi z powodu próchnicy, obniżenia proporcji młodzieży oraz osób dorosłych i starszych potrzebujących leczenia z powodu choroby przyzębia, w tym leczenia specjalistycznego.
3. Wzrostu odsetka młodzieży w wieku 18 lat z zachowanym pełnym uzębieniem i zdrowym przyzęciem.
4. Wzrostu średniej liczby zachowanych zębów naturalnych u osób dorosłych i starszych.
5. Wzrostu proporcji osób dorosłych szczotkujących zęby dwa razy dziennie pastą z fluorem i zgłaszających się na wizyty kontrolne raz w roku.
6. Wzrostu proporcji osób starszych z zachowaną funkcją żucia mających przynajmniej 20 zębów naturalnych lub sztucznych w kontakcie funkcjonalnym.
7. Obniżenia odsetków młodzieży i osób dorosłych odczuwających dyskomfort psychiczny z powodu stanu uzębienia.
8. Zmniejszenia istniejących różnic w stanie zdrowia jamy ustnej dzieci oraz osób starszych, związanych ze środowiskiem zamieszkania (obniżenie do nie więcej niż 4 % różnicy

w częstotliwości występowania próchnicy między dziećmi w wieku 12 lat ze środowisk miejskich i wiejskich).

Prowadzone badania pozwolą dobrać skuteczne inicjatywy, programy i działania prewencyjne zasługujące na upowszechnienie.

V. Kosztorys

Kosztorys prowadzonych badań na dany rok realizacji (wydatki bieżące).

Przewidywany koszt programu:

- 1) 2016 r. – 600 000 zł;
- 2) 2017 r. – 600 000 zł;
- 3) 2018 r. – 400 000 zł;
- 4) 2019 r. – 569 089,40 zł;
- 5) 2020 r. – 487 850 zł.

Ogółem koszt realizacji programu w latach 2016–2020 wyniesie 2 656 939,40 zł

VI. Realizatorzy programu

1. Wstępne (pożądane) kryteria wyboru realizatora lub koordynatora programu

Realizatorzy programu będą wyznaczeni w drodze postępowania konkursowego na podstawie kryteriów określonych w ogłoszeniu konkursowym. Informacja o postępowaniu konkursowym będzie ogłoszona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Ministerstwa Zdrowia co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert (zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2014 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2014 r. poz. 84, z późn. zm.), zastąpione zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2018 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej oraz wyłaniania realizatorów innych programów realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 30, z późn. zm.).

Podczas wyboru realizatora należy brać pod uwagę: wielkość i strukturę zasobów oferenta, prowadzoną działalność oraz doświadczenie w realizacji zadań i projektów.

Realizator programu powinien posiadać doświadczenie w prowadzeniu działalności dydaktycznej, naukowo-badawczej i usługowo-leczniczej, wykazać się działalnością dydaktyczną przed i podyplomową, współpracą naukową z placówkami naukowo-badawczymi i placówkami regionalnymi.

Realizator musi udokumentować co najmniej 3-letnie doświadczenie w prowadzeniu badań epidemiologicznych tematycznie związanych z prowadzonymi badaniami, oraz jako warunek dodatkowo rankingujący publikacje w renomowanych czasopismach zagranicznych, związanych ze wskazanymi w ofercie badaniami epidemiologicznymi.

Wybrany realizator programu musi dysponować odpowiednią liczbą lekarzy dentystów, w tym co najmniej dwoma ze stopniem naukowym doktora nauk medycznych i co najmniej jednym doktora habilitowanego.

2. Sposób monitorowania i analizy celów ogólnych i szczegółowych programu

Program będzie monitorowany wewnętrznie przez realizatora przez określanie zgodności realizacji poszczególnych etapów badań z harmonogramem i zapewniania wysokiej jakości badań zgodnie z przeprowadzonym szkoleniem i kalibracją. Uzyskane wyniki będą poddane analizie statystycznej.

3. Kryteria oceny efektów realizacji programu

Dostarczenie danych określających wskaźniki zdrowia jamy ustnej i pozwalających na uzyskanie odpowiedzi czy działania w zakresie promocji, profilaktyki i leczenia przyniosły oczekiwane efekty.

VII. Kontynuacja działań podjętych w programie

Planowana jest kontynuacja programu w następnych latach.

Badania epidemiologiczne i socjomedyczne prowadzone w latach 2020–2025 będą się koncentrowały na gromadzeniu danych dotyczących wykładników:

1. Stanu zdrowia jamy ustnej (stan próchnicy, występowanie próchnicy wczesnego dzieciństwa, występowanie ubytków niepróchnicowego pochodzenia, zachowane uzębienie naturalne, występowanie bezzębna, stan przyzębia, użytkowanie protez ruchomych, występowanie nowotworów jamy ustnej, gardła, proporcja z zachowaną funkcją żucia).
2. Zapewnienia warunków umożliwiających zachowanie zdrowia jamy ustnej dziecka (codzienne szczotkowanie pastą z fluorem, opieka prewencyjna nad ciężarną, świadomość zdrowotna matek, stosowane metody profilaktyki fluorkowej, programy edukacji zdrowotnej i zapobiegania w przedszkolach, szkołach, stosowanie uszczelniaczy).
3. Ekonomiki zdrowia jamy ustnej (koszty opieki, satysfakcja pacjenta z jakości świadczonej opieki, satysfakcja personelu).

4. Jakość życia różnych grup wiekowych populacji (ograniczenie funkcji żucia, ból spowodowany stanem uzębienia, przyzębia, dyskomfort psychiczny, ograniczenie psychologiczne i socjalne spowodowane stanem jamy ustnej).

