

UCHWAŁA NR .....  
RADY GMINY DŁUGOŁĘKA

z dnia ..... 2025 r.

RP  
6.01.2025

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na rok 2025”.**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U z 2024 r. poz. 1465 ze zm.) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i art. 48a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. 2024 r. poz. 146 ze zm.) Rada Gminy Długoleka uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej na rok 2025 pod nazwą „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na rok 2025”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Długoleka.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Podinspektor:

Marta Jurdzyk

Z-ca KIEROWNIKA  
Wydziału Spraw Obywatelskich  
Jacek Piepka

Radca Prawny  
Anna Walczyńska-Jeśko



## Uzasadnienie

Wzrastająca corocznie liczba zachorowań na boreliozę, w obliczu braku metod profilaktyki swoistej (szczepienia) sprawia, że choroba stanowi coraz poważniejszy problem natury medycznej i społecznej. Mimo dużego zagrożenia atakami kleszczy oraz dostępu do wielu publikacji, zarówno naukowych jak i popularnonaukowych, wiedza na temat występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal znikoma w polskim społeczeństwie. Należy zatem zwiększać dostęp do diagnostyki boreliozy, co jest postępowaniem społecznie oczekiwanym i przełoży się na wzrost wykrywalności choroby w populacji docelowej. Realizacja opisanych w projekcie interwencji będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń już istniejących i w konsekwencji poprawi bezpieczeństwo zdrowotne populacji gminy w perspektywie długofalowej.

Oczekuje się, że zapewnienie mieszkańcom z grup szczególnego ryzyka bezpłatnych badań diagnostycznych w kierunku boreliozy pozwoli na zwiększenie wykrywalności zakażeń oraz wdrożenie procesu terapeutycznego na wczesnym etapie choroby, w przypadku wyników pozytywnych. Edukacja zdrowotna kierowana w ramach programu do mieszkańców gminy pozwoli na zwiększenie ich świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, czynników ryzyka zakażenia bakterią *Borrelia burgdorferi* oraz korzyści wynikających z wczesnego wykrywania boreliozy. Oczekuje się, iż wszystkie podejmowane w programie interwencje przełożą się w perspektywie długookresowej na ograniczenie liczby zakażeń *Borrelia burgdorferi* oraz odległych następstw wynikających z zakażenia w populacji gminy.

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także zgodne z Rekomendacją nr 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 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 chorób odkleszczowych (boreliozy).

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców Gminy Długołęka, należących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę (osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy, osoby wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy, osoby wykonujące zawody wolne związane z pracą w terenie, np. rzeczoznawcy, geodeci). Należy podkreślić, że zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny cała Polska jest obszarem endemicznym boreliozy, w związku z czym wszyscy mieszkańcy gminy należą do grupy o zwiększonym ryzyku zachorowania na boreliozę.

Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, Program obejmie około 250 uczestników.

Środki na realizację Programu zostały zabezpieczone w budżecie gminy.

Z uwagi na to, że Program jest kontynuacją programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka na lata 2020-2024”, zgodnie z art. 48aa ust. 11 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.) Wójt Gminy Długołęka poinformował Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka na rok 2025” z rekomendacją nr 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 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 chorób odkleszczowych (boreliozy).

Na podstawie art. 48d ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm.) Wójt Gminy Długołęka zawnioskował do Wojewody Dolnośląskiego o wydanie opinii o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka na rok 2025” z priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej województwa dolnośląskiego oraz z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia. Pozytywna opinia umożliwi staranie się o dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kierownik Wydziału  
Spraw Obywatelskich  
*Beata Pazdierz*

**Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy  
w Gminie Długolęka  
na rok 2025**

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

**Długolęka 2025**

**Nazwa programu:**

Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na rok 2025.

**Rekomendacja:**

Program zgodny z rekomendacją nr 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 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 chorób odkleszczowych (boreliozy).

**Okres realizacji programu: 2025**

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

**Kontynuacja/trwałość programu:**

Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na rok 2025 stanowi kontynuację działań realizowanych w ramach Programu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2020-2024.

**Dane kontaktowe:**

Urząd Gminy Długoleka  
ul. Robotnicza 12  
55-095 Długoleka  
e-mail: [gmina@gmina.dlugoleka.pl](mailto:gmina@gmina.dlugoleka.pl)  
tel. 71 32 30 203 fax. 71 32 30 204

**Data opracowania programu: styczeń 2025**

## SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....	4
1. Opis problemu zdrowotnego .....	4
2. Dane epidemiologiczne .....	7
3. Opis obecnego postępowania .....	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu .....	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....	11
1. Cel główny .....	11
2. Cele szczegółowe: .....	11
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....	11
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej .....	12
1. Populacja docelowa .....	12
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....	12
3. Planowane interwencje .....	13
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej .....	15
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....	15
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	16
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	16
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	16
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej .....	17
1. Monitorowanie .....	18
2. Ewaluacja .....	18
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej .....	19
1. Koszty jednostkowe .....	19
2. Planowane koszty całkowite .....	19
3. Źródło finansowania .....	20
Bibliografia .....	21
Załączniki .....	23

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

## 1. Opis problemu zdrowotnego

Borelioza z Lyme to choroba odzwierzęca występująca endemicznie w krajach klimatu umiarkowanego półkuli północnej. Do chwili obecnej opisano 18 genogatunków krętków tworzących kompleks *Borrelia burgdorferi sensu lato*, występujących u zwierząt dziko żyjących i przenoszonych przez kleszcze<sup>1</sup>. Borelioza (inne nazwy: choroba z Lyme, krętkowica kleszczowa, łac. *Borreliosis*, ang. *Lyme disease*, *Lyme borreliosis*) jest chorobą wielonarządową i zakaźną, przenoszoną przez różne gatunki kleszcza z rodzaju *Ixodes*, w Europie nosicielem jest kleszcz *Ixodes ricinus*. Kleszcze są wektorami krętków *Borrelia*, najczęściej spotykanym gatunkiem jest *Borrelia burgdorferi*, ale możliwe jest też wywołanie choroby przez szczepy *Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii* oraz *Borrelia spielmanii*. Patogen ten został po raz pierwszy opisany i scharakteryzowany przez W. Burgdorfer'a i A. Barbour'a w 1982 roku. Szacuje się, że bakterią zakażonych być może nawet 30% kleszczy<sup>2</sup>.

Od wielu lat obserwuje się w Europie wzrost częstości występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, przede wszystkim: boreliozy, babeszjozy, anaplazmozy granulocytarnej, jak również kleszczowego zapalenia mózgu, przy czym najczęstszą chorobą odkleszczową jest borelioza. Geograficzne rozprzestrzenienie i liczebność kleszczy *Ixodes ricinus*, występujących w Europie ulega systematycznej zmianie. Najwyższą ich liczebność stwierdza się w lesie, a najmniejszą na otwartych łąkach i pastwiskach<sup>3</sup>. Wektorem bakterii *B. burgdorferi* są najczęściej dorosłe kleszcze, ale możliwe jest też przenoszenie zakażenia przez postać nimf, co jest o tyle groźniejsze, że nimfy z racji małych rozmiarów dużo trudniej zlokalizować na ciele. Badania Rauter i Hartunga wskazują, że zakażenie krętkami *B. burgdorferi* postaci dorosłych kleszczy *I. ricinus* w Europie jest dwa razy wyższe, niż zakażenie nimf<sup>4</sup>.

Borelioza objawia się klinicznie w różnorodny sposób, między innymi poprzez zmiany skórne, zaburzenia w obrębie mięśni szkieletowych, objawy neurologiczne, uszkodzenia układu limfatycznego, zaburzenia kardiologiczne, stany zapalne oka, wątroby, płuc i nerek oraz objawy ogólnoustrojowe. Obraz kliniczny boreliozy manifestuje się zwykle

<sup>1</sup> Panciewicz S. Borelioza z Lyme – zasady rozpoznawania i leczenia, *Pediatr Med Rodz* 2014, 10 (2): 163–173

<sup>2</sup> Burgdorfer W.; Barbour A. G.; Hayes S. E.; Benach J. L.; Grunwaldt E.; Davis J. P.: Lyme disease –A tick-borne pirochetosis? *Science* 216, 1982: 1317–1319

<sup>3</sup> Panciewicz S. Borelioza z Lyme... op. cit.

<sup>4</sup> Rauter C, Hartung T: Prevalence of *Borrelia burgdorferi sensu lato* genospecies in *Ixodes ricinus* ticks in Europe: a metaanalysis. *Appl Environ Microbiol* 2005; 71: 7203–7216.



w trzech stadiach. Stadium I rozwija się od dwóch, trzech tygodni od ukąszenia do maksymalnie 3 miesięcy i charakteryzuje się najczęściej zaczerwienieniem skóry w miejscu ukłucia, zwiększającym się obwodowo z upływem dni (rumień wędrujący, inaczej: rumień pełzający, EM). Ma on postać zmiany skórnej, rozpoczynającej się jako plamka lub grudka i szybko powiększającej się obwodowo, stopniowo z czasem blednąc od środka<sup>5</sup>. Znaczenie diagnostyczne ma rumień o średnicy większej niż 5 cm. W tym stadium chorzy mogą nie mieć żadnych innych objawów. U osób, u których wystąpił rumień, dalsza diagnostyka w kierunku boreliozy jest zbędna, gdyż jest to jedyny specyficzny objaw choroby<sup>6</sup>, inne mają charakter nieswoisty i mogą przypominać grypę, są to: osłabienie, bóle mięśniowe, dreszcze, gorączka, rzadziej naciek limfocytarny.

Stadium II trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy po ukąszeniu. W tym czasie mogą pojawić się zaburzenia neurologiczne, takie jak: bóle głowy, sztywność karku, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu, porażenie nerwów obwodowych twarzy, czy zapalenie stawów. Stadium III ma charakter przewlekły i może rozwijać się latami. Charakterystyczne objawy to przewlekłe zapalenia stawów, zanikowe zapalenie skóry, bóle mięśni, stawów, zaburzenia neurologiczne obejmujące niedowłady, zaburzenia koncentracji, pamięci, a nawet zmiany osobowości. Pacjent może przechodzić tylko jeden etap choroby lub wszystkie, borelioza może też rozwijać się bezobjawowo, aż do fazy drugiej lub trzeciej. Podobieństwo objawów choroby z Lyme z zaburzeniami typowymi dla innych chorób stanowi poważny problem diagnostyczny<sup>7</sup>.

W sytuacji, kiedy rumień wędrujący nie został zaobserwowany lub nie pojawił się wcale, powinno się wykonać diagnostykę boreliozy w oparciu o odpowiednie testy laboratoryjne. Najbardziej przydatne są testy pośrednie, bazujące na poszukiwaniu swoistych przeciwciał w klasach IgM i IgG<sup>8</sup>. Traktujemy je jako testy przesiewowe, charakteryzujące się wysoką czułością, ale niską swoistością, co wiąże się z prawdopodobieństwem uzyskania wyników fałszywie dodatnich. Wszystkie osoby, u których wynik badania uzyskanego w teście przesiewowym jest dodatni, powinny mieć wykonane badanie testem potwierdzającym, najczęściej stosowany to badanie Immunoblot, ze względu na wysoką swoistość, przy porównywalnej czułości<sup>9</sup>. Umożliwia to wykluczenie osób zdrowych z wynikami fałszywie

<sup>5</sup> Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme, zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, <http://www.choroby-zakazne.pl/uploads/pdf/borelioza.pdf>.

<sup>6</sup> Moniuszko A, Pancewicz S, Czupryna P et al.: Erythema migrans jako patognomoniczny objaw choroby z Lyme. Pol Merkur Lekarski 2013; 35: 230–232.

<sup>7</sup> Dane dot. boreliozy [<http://boreliozaonline.pl>].

<sup>8</sup> Bakken L.L., Coyle P.K., Liegner K.B.: Diagnostik der Lyme-Borreliose — Eine Zusammenstellung. Immunol. Invest. 1997;26(1–2):117–128

<sup>9</sup> Wojciechowska-Koszko L, Mnichowska-Polanowska M., serologiczna diagnostyka boreliozy z Lyme

dodatnimi i wykrycie chorych z wynikami prawdziwie dodatnimi<sup>10</sup>. Metodą wspomagającą diagnostykę boreliozy jest diagnostyka oparta na metodach biologii molekularnej Real Time PCR<sup>11</sup>.

Leczenie boreliozy z Lyme trwa przynajmniej 21 dni i opiera się na antybiotykoterapii, dobranej indywidualnie, w zależności od postaci klinicznej choroby i tolerancji przez pacjenta. Rokowanie w przebiegu prawidłowo leczonej boreliozy jest zazwyczaj dobre. 70-98% pacjentów z rumieniem wędrującym wraca do pełnego zdrowia w ciągu 12 miesięcy od włączenia antybiotykoterapii. W przypadku neuroboreliozy u 70-85% chorych dochodzi do całkowitego ustąpienia objawów w okresie 6-12 miesięcy od włączenia leczenia<sup>12</sup>. Gdy objawy ze strony stawów utrzymują się przez ponad 3 miesiące od włączenia antybiotykoterapii należy rozpoznać antybiooporne boreliozowe zapalenie stawów, dotyczy ono ok. 10% pacjentów. U ok. 5% pacjentów z boreliozą występuje tzw. zespół poboreliozowy<sup>13</sup>.

W przypadku boreliozy nie jest dostępna profilaktyka czynna (w formie szczepień), dlatego podstawą zapobiegania chorobie są metody profilaktyki nieswoistej, takie jak: ochrona ciała przed kleszczami podczas przebywania w rejonach ich występowania, stosowanie repelentów, ochrona zwierząt domowych oraz odpowiednio wczesne mechaniczne usuwanie kleszcza. W przypadku mnogiego poklucia, podczas pobytu w rejonie endemicznym osoby dorosłej pochodzącej spoza tego terenu, zaleca się profilaktykę poekspozycyjną w formie jednorazowej dawki doksycyliny (p.o. 200 mg)<sup>14</sup>.

Choroby przenoszone przez kleszcze stanowią ważny problem medyczny. Chorzy z objawami występującymi po pokluciu przez kleszcze wymagają diagnostyki nie tylko w kierunku boreliozy, czy kleszczowego zapalenia mózgu, ale także w kierunku innych chorób odkleszczowych<sup>15</sup>. Mimo dużego zagrożenia atakami pasożytów, dostępu do wielu publikacji, wiedza społeczeństwa na temat występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal niesatysfakcjonująca<sup>16</sup>.

---

w praktyce laboratoryjnej, *Post. Mikrobiol.*, 2015, 54, 3, 283–290.

<sup>10</sup> Gąsiorowski J, *Diagnostyka boreliozy, Medycyna pracy*, 2007, 58 (5): 439-447

<sup>11</sup> Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach  
 [http://www.wsse.katowice.pl/pliki/ep/BORELIOZA\_2013.pdf].

<sup>12</sup> Borchers AT, Keen CL, Huntley AC, Gershwin ME, *Lyme disease: A rigorous review of diagnostic criteria and treatment. J Autoimmun.* 2014; 57: 82–11

<sup>13</sup> Cairns V, Godwin J, *Post-Lyme borreliosis syndrome: a meta-analysis of reported symptoms. Int J Epidemiol.* 2005; 34: 1340–1345

<sup>14</sup> Flisiak R, Pancewicz S, *Diagnostyka i leczenie Boreliozy...* op. cit.

<sup>15</sup> Moniuszko A, Dunaj J, Święcicka I et al.: Co-infections with *Borrelia* species, *Anaplasma phagocytophilum* and *Babesia* spp. in patients with tick-borne encephalitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014. DOI: 10.1007/s10096-014-2134-7.

<sup>16</sup> Pancewicz S, *Borelioza z Lyme...* op. cit.

## 2. Dane epidemiologiczne

Borelioza występuje tam, gdzie są odpowiednie warunki dla życia kleszczy oznaczające odpowiednią wilgotność, roślinność oraz zwierzęta. Najczęstszym miejscem ich występowania są zatem lasy liściaste, zarośla przy uczęszczanych przez zwierzęta i ludzi szlakach, łąki oraz ogródki. Do grup wysokiego ryzyka chorób odkleszczowych zaliczają się osoby mieszkające i/lub pracujące na obszarach endemicznego występowania kleszczy, np. leśnych. Osoby wykonujące następujące zawody: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy oraz personel wojskowy, znajdują się w grupie szczególnie narażonej na zachorowanie. Ponadto wiele zajęć rekreacyjnych, takich jak: biegi na orientację, polowania, ogrodnictwo, również związane są z większą częstością zachorowania na boreliozę<sup>17</sup>. Na ukąszenie kleszczy jesteśmy narażeni przez cały rok, ale większość nowych przypadków boreliozy jest notowana między 1 maja a 30 listopada, a 80% przypadków występuje w czerwcu i lipcu, czyli w okresie żerowania nimf kleszczy.

Według Głównego Inspektoratu Sanitarnego przyczynami corocznego wzrostu zapadalności na boreliozę jest także większa podatność człowieka na zakażenie poprzez kontakt z kleszczami. Wzrost liczby kleszczy oraz wydłużenie okresu ich żerowania związane jest ze zmianami klimatycznymi i środowiskowymi, które doprowadziły do zwiększenia się liczby zwierząt stanowiących rezerwuar *Borrelia burgdorferi*. Jednocześnie wzrost rejestracji przypadków boreliozy należy wiązać także z poprawą efektywności diagnostyki laboratoryjnej tej choroby, jej rozpoznawania oraz poprawy sprawozdawczości przez lekarzy<sup>18</sup>.

Do wzrostu zachorowań na boreliozę przyczynia się ocieplenie klimatu. Zmiany klimatyczne to wynik oddziaływania człowieka na środowisko, który wpływa m.in. na ekologię i epidemiologię chorób zakaźnych przenoszonych przez kleszcze, bowiem ocieplenie sprzyja przetrwaniu i przenoszeniu patogenów oraz ich wektorów, determinuje rozmieszczenie geograficzne gatunków kleszczy, ich gęstość, dynamikę populacji, w konsekwencji zwiększając prawdopodobieństwo zakażenia mikroorganizmami chorobotwórczymi ludzi i zwierząt<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Rekomendacja nr 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 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 chorób odkleszczowych (boreliozy).

<sup>18</sup> Profilaktyka chorób odkleszczowych (borelioza), Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Oceny Technologii Medycznych, Warszawa 2020

<sup>19</sup> Raport końcowy zawierający trendy i prognozy umiæralności i chorobowości z powodu chorób klimatozależnych, a także wnioski i rekomendacje dla jednostek systemu ochrony zdrowia w zakresie adaptacji do zmian klimatu, Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowane przez Ministra Zdrowia, Warszawa 2020.

Szacuje się, że rozpowszechnienie kleszczy zakażonych krętkami *Borrelia burgdorferi* w Polsce wynosi od 6% do 15% i dotyczy w równym stopniu terenów wiejskich i miejskich<sup>20</sup>. Na terenie Europy odsetek ten wynosi średnio 13,7% (18,6% wśród osobników dorosłych i 10,1% wśród nimf). Ryzyko wystąpienia infekcji po ukąszeniu przez kleszcza na terenie endemicznym wynosi w Europie 3-12%. Szacunkowa liczba nowych zachorowań na boreliozę w ciągu roku wynosi w Europie 65 tys.<sup>21</sup>.

Powołując się na Mapę Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 można stwierdzić, że wskaźnik zapadalności na boreliozę w 2019 r. w Polsce wyniósł 17,35, a województwem najbardziej narażonym na tę chorobę było woj. warmińsko-mazurskie<sup>22</sup>. Z kolei dane z roku 2018 pokazują, że najwyższe współczynniki zapadalności na boreliozę odnotowano w północno-wschodniej części Polski, tj. woj. podlaskim (108,8/100 tys. w 2018 r.). Wysokie wskaźniki zapadalności zaobserwowano również w województwie warmińsko-mazurskim, małopolskim, śląskim, lubelskim, lubuskim, opolskim i podkarpackim. Najniższe wartości odnotowano natomiast w Wielkopolsce (14,9/100 tys. w 2018 r.)<sup>23</sup>. W 2018 r. chorobami zawodowymi najczęściej rejestrowanymi w naszym kraju były „choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa” – 666 przypadków, tj. 32,9% ogółu chorób zawodowych. Borelioza z liczbą 588 przypadków, stanowiła aż 88,3% tej grupy. W sekcji działalności gospodarki narodowej obejmującej rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo stwierdzono 551 przypadków zakaźnych lub pasożytniczych chorób zawodowych, przy czym najczęstszą była borelioza, stanowiąc 95,3% wszystkich rozpoznań w tej grupie chorób<sup>24</sup>.

W 2023 r. odnotowano 25 244 zachorowania na boreliozę (zapadalność 66,96/100 tys. ludności), zatem znacznie więcej w porównaniu do roku poprzedniego (2022), kiedy zarejestrowano 17 369 przypadków tej choroby, przy zapadalności 45,92/100 tys. mieszkańców. W 2023 r. w województwie dolnośląskim zarejestrowano 1 052 przypadki zachorowań na boreliozę, zapadalność wynosiła 36,48/100 tys. i była wyższa niż w 2022 r. (w 2022 r. zarejestrowano 838 przypadków zachorowań, zapadalność wynosiła 28,97/100 tys.)<sup>25</sup>.

<sup>20</sup> Stańczak J, Raciewicz M, Kubica-Biernat B, Kruminis-Lozowska W, Dabrowski J. et al., Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato in *Ixodes ricinus* ticks (Acari, Ixodidae) in different Polish woodlands. *Ann Agric Environ Med.* 1999; 6: 127–132.

<sup>21</sup> Rauter C, Hartung T: Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato... op. cit.

<sup>22</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa, 2021, [https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\\_MZ/2021/69/akt.pdf](https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf)

<sup>23</sup> Profilaktyka chorób odkleszczowych (borelioza), Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań... op.cit.

<sup>24</sup> Świątkowska, B., Hanke, W., Szeszenia-Dąbrowska, N. (2019). Choroby zawodowe w Polsce w 2018 roku. [<https://uems-occupationalmedicine.org/wp-content/uploads/2020/02/Annex-4-Occupational-diseases-in-Poland-in-2018.pdf>].

<sup>25</sup> Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w 2023 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrocławiu [<https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw/ocena-stanu-sanitarnego-województwa>].

### **3. Opis obecnego postępowania**

Ogromnym problemem, zarówno medycznym jak i społecznym, jest brak szczepionki przeciwko boreliozie. Dodatkowym utrudnieniem jest ograniczony dostęp do świadczeń gwarantowanych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>26</sup>, polegający na konieczności otrzymania skierowania do lekarza specjalisty, który może zlecić badania diagnostyczne w zakresie oznaczenia przeciwciał: anty-Borrelia Burgdorferi IgG, przeciwciał IgG-test potwierdzający, przeciwciał anty-Borrelia Burgdorferi IgM, przeciwciał IgM-test potwierdzający, przeciwciał anty-Borrelia Burgdorferi IgG/IgM, przeciwciał IgG/IgM-test potwierdzający, Borrelia afzelii-przeciwciała IgG, Borrelia afzelii-przeciwciała IgM, Borrelia-przeciwciała całkowite. Należy również pamiętać, iż leczenie boreliozy jest świadczeniem gwarantowanym tylko w zakresie leczenia szpitalnego. Prowadzenie dalszej terapii po wypisaniu ze szpitala nie jest już świadczeniem gwarantowanym.

### **4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Wzrastająca corocznie liczba zachorowań na boreliozę, w obliczu braku metod profilaktyki swoistej (szczepienia) sprawia, że choroba stanowi coraz poważniejszy problem natury medycznej i społecznej. Mimo dużego zagrożenia atakami kleszczy oraz dostępu do wielu publikacji, zarówno naukowych jak i popularnonaukowych, wiedza na temat występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal znikoma w polskim społeczeństwie. Należy zatem zwiększać dostęp do diagnostyki boreliozy, co jest postępowaniem społecznie oczekiwanym i przeloży się na wzrost wykrywalności choroby w populacji docelowej. Realizacja opisanych w projekcie interwencji będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń już istniejących i w konsekwencji poprawi bezpieczeństwo zdrowotne populacji gminy w perspektywie długofalowej.

Oczekuje się, że zapewnienie mieszkańcom z grup szczególnego ryzyka bezpłatnych badań diagnostycznych w kierunku boreliozy pozwoli na zwiększenie wykrywalności zakażeń oraz wdrożenie procesu terapeutycznego na wczesnym etapie choroby, w przypadku wyników pozytywnych. Edukacja zdrowotna kierowana w ramach programu do mieszkańców gminy pozwoli na zwiększenie ich świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób

---

<sup>26</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].

odkleszczowych, czynników ryzyka zakażenia bakterią *Borrelia burgdorferi* oraz korzyści wynikających z wczesnego wykrywania boreliozy. Oczekuje się, iż wszystkie podejmowane w programie interwencje przełożą się w perspektywie długookresowej na ograniczenie liczby zakażeń *Borrelia burgdorferi* oraz odległych następstw wynikających z zakażenia w populacji gminy.

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

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030r.<sup>27</sup>: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
  - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
  - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025<sup>28</sup>: Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026<sup>29</sup>;
4. Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026<sup>30</sup> - Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja: Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

---

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

<sup>28</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

<sup>29</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

<sup>30</sup> Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026

## II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

### 1. Cel główny:

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy wśród co najmniej 70%\* świadczeniobiorców w zakresie w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia boreliozą.

### 2. Cel szczegółowy:

Zapewnienie wczesnej diagnozy boreliozy co najmniej 30%\* badanej populacji i tym samym umożliwienie podjęcia niezwłocznych działań terapeutycznych w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej.

### 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy), u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu.
Szczegółowy	Odsetek osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy na podstawie pozytywnego wyniku testu Immunoblot.

\* wartości docelowe określono na podstawie doświadczeń Gminy Długoleka w realizacji PPZ oraz doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego, realizujących programy polityki zdrowotnej w tym samym obszarze zdrowotnym

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

#### **1. Populacja docelowa**

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 r., według których na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebą zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych, zdecydowano o włączeniu do Programu jedynie osób z grup ryzyka zachorowania na boreliozę. Z uwagi na ograniczone zasoby finansowe oraz wieloletnie doświadczenie w realizacji PPZ w obszarze profilaktyki boreliozy, posiadane przez jedynego potencjalnego Realizatora, w ramach Programu nie zaplanowano szkoleń dla personelu medycznego.

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców Gminy Długoleka, należących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę (osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy, osoby wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy, osoby wykonujące zawody wolne związane z pracą w terenie, np. rzeczoznawcy, geodeci). Należy podkreślić, że zgodnie z danymi NIZP-PIB<sup>31</sup> cała Polska jest obszarem endemicznym boreliozy, w związku z czym wszyscy mieszkańcy gminy należą do grupy o zwiększonym ryzyku zachorowania na boreliozę. Gminę zamieszkuje ok. 32,6 tys. osób dorosłych. Ze względu na ograniczone możliwości budżetowe zdecydowano się objąć świadczeniami zdrowotnymi w Programie około 250 mieszkańców w całym okresie realizacji.

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

<b>Interwencja</b>	<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Kryteria wyłączenia</b>
Działania informacyjno-edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"><li>osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy lub wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy, osoby wykonujące</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat (oświadczenie uczestnika)</li></ul>

<sup>31</sup> Dane NIZP-PIB [<https://epibaza.pzh.gov.pl/story/borelioza-z-lyme-informacje-ogolne>].



	zawody wolne związane z pracą w terenie, np. rzeczoznawcy, geodeci	
Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy lub wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy, osoby wykonujące zawody wolne związane z pracą w terenie, np. rzeczoznawcy, geodeci</li> <li>• osoby, u których występują objawy boreliozy z Lyme wraz z prawdopodobną historią pokłucia przez kleszcze</li> <li>• brak dostępu do świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS poza programem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pozostawanie pod opieką poradni chorób zakaźnych (oświadczenie uczestnika)</li> </ul>
Lekarska wizyta kontrolna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• osoby skierowane podczas lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej na badania diagnostyczne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pozostawanie pod opieką poradni chorób zakaźnych (oświadczenie uczestnika)</li> </ul>

### 3. Planowane interwencje:

#### 1) Działania informacyjno-edukacyjne:

- obejmujące akcję informacyjną mającą na celu przekazanie mieszkańcom podstawowych założeń programu polityki zdrowotnej,
- obejmujące kampanię edukacyjną mającą na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji docelowej na temat głównych czynników zwiększających ryzyko zakażenia boreliozą z Lyme (np. obszary występowania kleszczy), sposobów ochrony przed kleszczami (np. obejmujących noszenie jasnej odzieży, długich spodni schowanych w skarpety oraz koszul z długimi rękawami), konieczności dokładnego przeglądu skóry ciała w poszukiwaniu i rozpoznaniu kleszczy w przypadku wizyty w miejscach bytowania kleszczy, rekomendowanych środków odstraszających kleszcze oraz sposobu ich użycia, sposobów ograniczenia przenoszenia chorób odkleszczowych w gospodarstwach domowych (np. usuwanie zarośli i ściółki liściowej, koszenie trawy, usuwanie stosów liści lub drewna, tworzenie strefy buforowej zrębków lub żwiru między lasem a trawnikiem), prawidłowego usuwania kleszczy wraz z omówieniem znaczenia ich szybkiego usunięcia, niepokojących objawów występujących po

ukąszeniu kleszcza, które mogą świadczyć zakażeniu boreliozą z Lyme i wymagają przebadania przez specjalistę ochrony zdrowia (zaleca się realizację kampanii edukacyjnej przy wykorzystaniu różnorodnych środków przekazu),

- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Gminy Długoleka, Realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne sporządzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Głównego Inspektora Sanitarnego),
- obejmujące indywidualną edukację zdrowotną pacjenta podczas lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego 10 pytań zamkniętych;

## 2) Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna:

- uwzględniająca wywiad obejmujący ocenę ryzyka narażenia na kontakt z kleszczami, historię poklucia przez kleszcze oraz występujące objawy,
- zakładająca zakończenie udziału w Programie osób, u których wykluczone zostanie podejrzenie choroby,
- zakładająca zastosowanie antybiotykoterapii zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych w przypadku osób, u których stwierdzone zostanie podejrzenie boreliozy z Lyme we wczesnym stadium na podstawie występowania rumienia wędrującego (konieczne jest poinformowanie pacjenta na temat dalszego postępowania w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia).
- zakładająca skierowanie pacjenta na badania diagnostyczne, tj. test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG oraz test potwierdzający techniką Immunoblot, w przypadku występowania innych dodatkowych objawów boreliozy;
- obejmująca wypełnienie karty uczestnika Programu (załącznik 1 - pkt. I-III);

## 3) Lekarska wizyta kontrolna:

- uwzględniająca przekazanie pacjentowi wyniku badania,

- obejmująca poinformowanie pacjenta na temat dalszego postępowania (np. rozpoczęcia antybiotykoterapii i skierowania do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia),
- obejmująca wypełnienie karty uczestnika Programu (załącznik 1 - pkt. IV-V).

#### **Dowody skuteczności planowanych działań**

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także zgodne z Rekomendacją nr 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 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 chorób odkleszczowych (boreliozy).

#### **4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej**

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizator programu wyłoniony zostanie w ramach ogłoszonego konkursu ofert. Działania informacyjno-edukacyjne prowadzone będą na terenie gminy, zgodnie z założeniami opisanymi w punkcie dot. planowanych interwencji. Wizyty lekarskie i badania diagnostyczne w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy kwalifikacji do udziału w programie, terminy pobierania materiału do badań diagnostycznych oraz odbioru ich wyników. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel. W trakcie trwania programu pacjentom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego.

#### **5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, u których nie występuje wskazanie do realizacji wizyty lekarskiej udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach edukacyjnych,
- w trakcie konsultacji lekarskiej wykluczenie u pacjenta podejrzenia boreliozy,
- w trakcie konsultacji lekarskiej zdiagnozowanie u pacjenta boreliozy na podstawie obecności rumienia wędrującego i wydanie zaleceń dotyczących antybiotykoterapii oraz skierowanie do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia,

- w trakcie konsultacji lekarskiej po uzyskaniu dodatniego wyniku dwuetapowej diagnostyki serologicznej i wydaniu zaleceń dotyczących antybiotykoterapii skierowanie do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

#### **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2024);
- 2) przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności programu z Rekomendacją Prezesa AOTMiT (IV kwartał 2024);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Gminy Długoleka (I kwartał 2025);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej – wyłonienie Realizatora Programu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2025);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2025);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-IV kwartał 2025);
  - działania informacyjno-edukacyjne,
  - lekarskie wizyty diagnostyczno-terapeutyczne,
  - lekarskie wizyty kontrolne;
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2025);
  - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
  - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników,
  - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2026).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Długoleka. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający

następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2024 poz. 799 z późn. zm.],
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: pielęgniarki, lekarzy, diagnostów laboratoryjnych,
- zapewnienie prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych
- zapewnienie realizacji wizyt lekarskich w programie przez lekarza, który posiada doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy,
- posiadanie w swojej strukturze laboratorium analitycznego lub gwarantowanego dostępu do laboratorium z możliwością wykonania badań stosownych do prowadzonych w ramach programu działań, spełniających pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2465 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

## 1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie comiesięcznych sprawozdań realizatora:

- liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej,
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej,
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym,
- liczba osób poddanych badaniom serologicznym w kierunku boreliozy z Lyme, w podziale na liczbę osób, u których przeprowadzono test ELISA, wraz z wynikiem tego testu (dodatni, ujemny, niejednoznaczny) oraz liczbę osób, u których po teście ELISA przeprowadzono test Immunoblot, wraz z wynikiem tego testu (dodatni, ujemny, niejednoznaczny),
- liczba wykonanych testów Immunoblot,
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów,
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału;

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- końcowa analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

## 2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu na podstawie następujących mierników:

- odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu,
- odsetek osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy na podstawie pozytywnego wyniku testu Immunoblot,
- odsetek osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy podczas wizyty diagnostyczno-terapeutycznej,
- odsetek osób, które zostały skierowane na leczenie w powszechnym systemie opieki zdrowotnej w związku ze stwierdzoną boreliozą z Lyme.

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

## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 1. Koszty jednostkowe

Tab. I. Koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład działań profilaktycznych

1. Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	100,00 zł
2. Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	120,00 zł
3. Pobranie materiału do badania oraz testy potwierdzające (techniką Immunoblot)	170,00 zł
4. Lekarska wizyta kontrolna	100,00 zł

\* koszty oszacowano na podstawie cen rynkowych oraz doświadczeń eksperta

Lekarskie wizyty diagnostyczno-terapeutyczne oraz testy diagnostyczne w Programie, w związku z ograniczeniami finansowymi, obejmą ok. 250 osób. Należy zaznaczyć, że na potrzeby zaplanowania Programu i oszacowania budżetu założono, bazując na ograniczonych danych epidemiologicznych oraz doświadczeniu z realizacji poprzedniej edycji PPZ, że konieczność wykonania podstawowych testów diagnostycznych dotyczyła będzie wszystkich pacjentów, natomiast testów potwierdzających – ok. 36% pacjentów. Realizator zobowiązuje się do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych nieodpłatnie – w ramach całkowitego wynagrodzenia za realizację programu.

### 2. Planowane koszty całkowite:

Tab. II. Roczne koszty programu w podziale na poszczególne interwencje.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	250	osoba	100,00	25 000,00
2. Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie)	250	osoba	120,00	30 000,00
3. Pobranie materiału do badania oraz test potwierdzający (Immunoblot)	90	osoba	170,00	15 300,00
4. Lekarska wizyta kontrolna	90	osoba	100,00	9 000,00
<b>Koszty Programu</b>				<b>79 300,00</b>

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu i przeprowadzenie ewaluacji, których koszty zostaną poniesione poza Programem, w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Długołęka.

### **3. Źródło finansowania.**

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Długołęka. Urząd Gminy Długołęka będzie starał się o dofinansowanie realizacji PPZ przez Urząd Wojewódzki Województwa Dolnośląskiego.



## Bibliografia:

1. Bakken L.L., Coyle P.K., Liegner K.B.: Diagnostik der Lyme-Borreliose — Eine Zusammenstellung. *Immunol. In-vest.* 1997;26(1–2):117–128
2. Borchers AT, Keen CL, Huntley AC, Gershwin ME, Lyme disease: A rigorous review of diagnostic criteria and treatment. *J Autoimmun.* 2014; 57: 82–11
3. Burgdorfer W.; Barbour A. G.; Hayes S. F.; Benach J. L.; Grunwaldt E.; Davis J. P.: Lyme disease –A tick-borne pirochetosis? *Science* 216, 1982: 1317–1319
4. Cairns V, Godwin J, Post-Lyme borreliosis syndrome: a meta-analysis of reported symptoms. *Int J Epidemiol.* 2005; 34: 1340–1345
5. Dane dla Polski, [occupationalmedicine.org/wp-content/uploads/2020/02/Annex-4-Occupational-diseases-in-Poland-in-2018.pdf](http://occupationalmedicine.org/wp-content/uploads/2020/02/Annex-4-Occupational-diseases-in-Poland-in-2018.pdf)].
6. Dane dot. boreliozy [<http://boreliozaonline.pl/>].
7. European Union Concerted Action on Lyme Borreliosis <http://meduni09.edis.at/eucalb/cms/index.php>
8. Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme, zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, <http://www.choroby-zakazne.pl/uploads/pdf/borelioza.pdf>.
9. Gąsiorowski J, Diagnostyka boreliozy, *Medycyna pracy*, 2007, 58 (5): 439-447
10. International Lyme and Associated Diseases Society: Practice guidelines for the treatment of Lyme disease [[http://www.ilads.org/files/ILADS\\_Guidelines.pdf](http://www.ilads.org/files/ILADS_Guidelines.pdf)].
11. Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa, 2021, [https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\\_MZ/2021/69/akt.pdf](https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf)
12. Moniuszko A, Dunaj J, Świącicka I et al.: Co-infections with *Borrelia* species, *Anaplasma phagocytophilum* and *Babesia* spp. in patients with tick-borne encephalitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014. DOI: 10.1007/s10096-014-2134-7.
13. Moniuszko A, Pancewicz S, Czupryna P et al.: Erythema migrans jako patognomiczny objaw choroby z Lyme. *Pol Merkur Lekarski* 2013; 35: 230–232.
14. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
15. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026.
16. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w 2023 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna we Wrocławiu [<https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw/ocena-stanu-sanitarnego-wojewodztwa>].
17. Pancewicz S, Borelioza z Lyme – zasady rozpoznawania i leczenia, *Pediatr Med Rodz* 2014, 10 (2): 163–173
18. Pancewicz S, Garlicki A, Moniuszko-Malinowska A i wsp., Diagnostyka i leczenie chorób przenoszonych przez kleszcze. Rekomendacje polskiego towarzystwa epidemiologów i lekarzy chorób zakaźnych, *Przegląd Epidemiologiczny* 2015; 69: 421 – 428.

19. Profilaktyka chorób odkleszczowych (borelioza), Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Oceny Technologii Medycznych, Warszawa 2020
20. Raport końcowy zawierający trendy i prognozy umieralności i chorobowości z powodu chorób klimatyzależnych, a także wnioski i rekomendacje dla jednostek systemu ochrony zdrowia w zakresie adaptacji do zmian klimatu, Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowane przez Ministra Zdrowia, Warszawa 2020.
21. Rauter C, Hartung T: Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato genospecies in *Ixodes ricinus* ticks in Europe: a metaanalysis. *Appl Environ Microbiol* 2005; 71: 7203–7216.
22. Rekomendacja nr 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 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 chorób odkleszczowych (boreliozy).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
25. SPILF. 16e Conférence de Consensus en thérapeutique anti-infectieuse. 13 décembre 2006. Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives [http://www.infectiologie.com/site/medias/english/Lyme\\_shorttext-2006.pdf](http://www.infectiologie.com/site/medias/english/Lyme_shorttext-2006.pdf)
26. Stańczak J, Racewicz M, Kubica-Biernat B, Kruminis-Lozowska W, Dabrowski J. et al., Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato in *Ixodes ricinus* ticks (Acari, Ixodidae) in different Polish woodlands. *Ann Agric Environ Med*. 1999; 6: 127–132.
27. Świątkowska, B., Hanke, W., Szeszenia-Dąbrowska, N. (2019). Choroby zawodowe w Polsce w 2018 roku.
28. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [[www.gov.pl/web/zdrowie](http://www.gov.pl/web/zdrowie)].
29. Wojciechowska-Koszko I., Mnichowska-Polanowska M., serologiczna diagnostyka boreliozy z Lyme w praktyce laboratoryjnej, *Post. Mikrobiol.*, 2015, 54, 3, 283–290.
30. Wormser G.P., Dattwyler R.J., Shapiro E.D., Halperin J.J., Steere A.C., Klempner M.S. i wsp.: The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis*. 2006;43:1089–1134

## Załączniki

### Załącznik 1

#### Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długolęka na rok 2025” (wzór)

##### I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zameldowania	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

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

##### II. Zgoda na udział w Programie

*W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w Programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.*

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

### III. Wizyta lekarska diagnostyczno-terapeutyczna

Data udzielenia świadczenia .....	Informacja dla celów ewaluacji
1. Edukacja zdrowotna	Wynik pre-testu: ..... Wynik post-testu: ..... Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) lub przyrost wiedzy o co najmniej 20%: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Diagnoza boreliozy z Lyme	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3. Zalecenie antybiotykoterapii	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Skierowane na badania diagnostyczne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

### IV. Badania diagnostyczne

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Wynik dodatni/ujemny/niejednoznaczny
1. Test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG		
2. Test potwierdzający techniką Immunoblot		

.....

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

## V. Wizyta lekarska kontrolna

Data udzielenia świadczenia .....	Informacja dla celów ewaluacji
1. Potwierdzenie diagnozy boreliozy z Lyme	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Zalecenie antybiotykoterapii	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3. Skierowane na dalszą diagnostykę lub leczenie poza Programem	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

## VI. Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie w trakcie jego trwania

Przyczyna rezygnacji	Data i Podpis pacjenta

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na rok 2025” (wzór)**

**I. Dane Realizatora**

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

**II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji**

<b>Opis działań podjętych w ramach akcji informacyjno-edukacyjnej</b>	
<b>Monitoring</b>	
Liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej	
Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	
Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym	
Liczba osób poddanych badaniom serologicznym w kierunku boreliozy z Lyme, w tym:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- liczba osób, u których przeprowadzono test ELISA, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>- liczba wyników dodatnich</li> <li>- liczba wyników ujemnych</li> <li>- liczba wyników niejednoznacznych</li> </ul> </li> </ul>	

- liczba osób, u których przeprowadzono test Immunoblot, w tym: - liczba wyników dodatnich - liczba wyników ujemnych - liczba wyników niejednoznacznych	
Liczba wykonanych testów Immunoblot	
Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału	
Wyniki ankiety satysfakcji*	
<b>Ewaluacja</b>	
Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu	
Odsetek osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy na podstawie pozytywnego wyniku testu Immunoblot	
Odsetek osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy podczas wizyty diagnostyczno-terapeutycznej	
Odsetek osób, które zostały skierowane na leczenie w powszechnym systemie opieki zdrowotnej w związku ze stwierdzoną boreliozą z Lyme	

\* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
(pieczęć i podpis osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)  
sprawozdawcy)

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długolęka na rok 2025” (wzór)**

**1. Czy udział w Programie spełnił Pani/Pana oczekiwania?**

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

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

**2. Jak ocenia Pani/Pan przydatność zdobytych w Programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych?**

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

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

**3. Jak ocenia Pan/Pani opiekę pielęgniarską?**

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

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

**4. Czy po zakończeniu udziału w Programie czuje się Pani/Pan zmotywowana/y do kontynuowania działań profilaktycznych we własnym zakresie?**

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

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

**5. Jak ocenia Pani/Pan Program od strony organizacyjnej?**

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

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

*Dodatkowe uwagi:*

--

*Dziękujemy za wypełnienie ankiety*