

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY DŁUGOLEKA**

z dnia 2026 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w Gminie Długoleka na lata 2026-2027”.

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 2025 r. poz. 1153 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. 2025 r. poz. 1461 ze zm.) Rada Gminy Długoleka uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pod nazwą „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w Gminie Długoleka na lata 2026-2027”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Długoleka.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Podinspektor

Marta Jazdżyk

Kierownik Wydziału
Spraw Gminnych i
Beata Paluszczak

RADCA PRAWNY

Marta Jazdżyk

Uzasadnienie

Program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w Gminie Długoleka na lata 2026-2027” pozwoli na zwiększenie skuteczności zapobiegania kleszczowemu zapaleniu mózgu na terenie gminy Długoleka. Obecnie najlepszą metodą zapobiegania tej chorobie jest immunizacja czynna. Proponowane w interwencjach szczepienia ochronne są zalecanymi w odniesieniu do wybranej grupy docelowej, natomiast nie są finansowane ze środków publicznych. W związku z powyższym uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu pozwoli na zwiększenie wskaźnika wyszczepialności w populacji docelowej. Ponadto istnieje szansa na zwiększenie tego wskaźnika w odniesieniu do całej populacji gminy, w efekcie realizacji akcji informacyjno-edukacyjnej. Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej może zatem stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Realizację programu uzasadniają także dane przedstawione w części dot. epidemiologii – województwo dolnośląskie należy do regionów endemiczności wykrywania KZM, w przypadku których rekomenduje się mieszkańcom szczepienia przeciwko tej chorobie.

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także zgodne z Rekomendacją nr 1/2024 z dnia 18 stycznia 2024 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 kleszczowego zapalenia mózgu.

Program kierowany będzie do populacji dorosłych mieszkańców gminy Długoleka z grup ryzyka narażenia na pokłucia przez kleszcze i ciężkiego przebiegu choroby. Zgodnie z Rekomendacją nr 1/2024 z 18 stycznia 2024 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 kleszczowego zapalenia mózgu są to: osoby mieszkające blisko lasu, osoby, których droga do pracy związana jest pokonywaniem terenu z zielenią, osoby wykonujące zawód związany z przebywaniem w miejscach, gdzie są rośliny i drobne zwierzęta, osoby okazjonalnie bywające na łonie natury (m.in. w związku z udziałem w piknikach, wypoczynkiem na campingu, biwaku) – więcej niż raz w roku, osoby posiadające ogród/działkę rekreacyjną, na której wykonują prace ogrodnicze, pielęgnacyjne, osoby posiadające zwierzęta wychodzące poza gospodarstwo domowe (np. psa, kota), osoby, których aktywności rekreacyjne są związane z kontaktem z roślinnością (np.: spacer w lesie, bieganie/jogging, zbieranie grzybów/jagód, fotografia przyrody, polowania, wędkarstwo, spacer z psem po terenach zielonych), osoby podróżujące na obszary umiejscowione w lesie lub na innych terenach zielonych, rolnicy, osoby powyżej 65 r. ż. obciążone chorobami przewlekłymi (np.: neurologicznymi, kardiologicznymi), osoby w trakcie terapii immunosupresyjnej.

Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, Program obejmie około 160 uczestników. W ramach programu nie będą finansowane drugie i trzecie dawki szczepienia podstawowego osobom, które rozpoczęły schemat szczepienia podstawowego poza programem, a także dawki przypominające osobom uprzednio zaszczepionym pełnym schematem. Środki na realizację Programu zostały zabezpieczone w budżecie gminy.

Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Długoleka oraz zmian cen usług w trakcie

trwania programu. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Zgodnie z art. 48aa ust. 11 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.) Wójt Gminy Długołęka poinformował o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w Gminie Długołęka na lata 2026-2027” z rekomendacją nr 1/2024 z dnia 18 stycznia 2024 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 kleszczowego zapalenia mózgu.

W dniu 12 stycznia 2026 r. na podstawie art. 48d ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 ze zm.) do Wojewody Dolnośląskiego został przesłany wniosek o wydanie opinii o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w Gminie Długołęka na lata 2026-2027” 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.

W związku z powyższym podjęcie uchwały jest uzasadnione.


Kierownik Wydziału
Spraw Obywatelskich
Beata Paździerz



**Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw kleszczowemu
zapaleniu mózgu w Gminie Długoleka na lata 2026-2027**

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

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w Gminie Długoleka na lata 2026-2027

Okres realizacji programu

2026-2027

Autorzy programu

dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

dr hab. n. med. Mateusz Grajek

CHILICO – Karolina Sobczyk

Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Rekomendacja

Program zgodny z Rekomendacją nr 1/2024 z 18 stycznia 2024 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 kleszczowego zapalenia mózgu.

Kontynuacja/trwałość programu

Program profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu nie był do tej pory realizowany przez Gminę Długoleka

Dane kontaktowe

Urząd Gminy Długoleka

ul. Robotnicza 12

55-095 Długoleka

e-mail: gmina@gmina.dlugoleka.pl

tel. 71 32 30 203 fax. 71 32 30 204

Data opracowania programu

IV kwartał 2025 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
2. Dane epidemiologiczne.....	8
3. Opis obecnego postępowania.....	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	10
1. Cel główny.....	11
2. Cel szczegółowy.....	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.....	13
3. Planowane interwencje.....	13
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.....	17
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.....	17
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	17
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne.....	17
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	18
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	19
1. Monitorowanie.....	19
2. Ewaluacja.....	19
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	20
1. Koszty jednostkowe.....	20
2. Planowane koszty całkowite.....	20
3. Źródło finansowania.....	21
Bibliografia.....	22
Załączniki.....	23

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM) jest zoonotyczną chorobą wirusową, której przebieg kliniczny odpowiada obrazowi aseptycznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz/lub zapalenia mózgu. Ze względu na brak swoistych objawów pozwalających na jednoznaczne odróżnienie KZM od innych wirusowych neuroinfekcji, rozpoznanie schorzenia wymaga potwierdzenia laboratoryjnego obecności przeciwciał lub materiału genetycznego wirusa¹. Pomimo nazwy sugerującej lokalizację zmian w mózgu, zakażenie wirusem KZM może przebiegać z różnym nasileniem i manifestować się szerokim spektrum objawów klinicznych - od łagodnej gorączki odkleszczowej, poprzez aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, aż po ciężkie postaci zapalenia mózgu, rdzenia kręgowego lub korzeni nerwowych. Wszystkie te postaci choroby klasyfikowane są pod kodem A84 według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Warto jednak podkreślić, że w Polsce nadzorem epidemiologicznym obejmuje się wyłącznie przypadki, w których dochodzi do zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN)².

Wirus kleszczowego zapalenia mózgu należy do rodziny *Flaviviridae* i rodzaju *Flavivirus*. Na obszarze Eurazji wyróżnia się trzy główne podtypy tego wirusa: europejski (TBEV-CE), syberyjski (TBEV-Sib) oraz dalekowschodni (TBEV-FE). Genom wirusa stanowi jednoniciowe RNA o dodatniej polarności. W jego otocze znajdują się glikoproteiny E, które pełnią kluczową rolę w procesie wiązania z komórkami gospodarza oraz wnikania wirusa do ich wnętrza. Glikoproteiny prM i M, rozmieszczone wokół białka E, pełnią funkcję ochronną, stabilizując jego strukturę przed dojrzewaniem wirionu. Poza białkami strukturalnymi genom wirusa koduje również szereg białek niestrukturalnych uczestniczących w replikacji wirusowego RNA, modyfikacji błon komórkowych oraz w mechanizmach unikania odpowiedzi immunologicznej gospodarza³.

Główny rezerwuuar wirusa KZM stanowią drobne gryzonie oraz kleszcze. W przypadku podtypu europejskiego wektorem jest *Ixodes ricinus*, natomiast dla podtypów syberyjskiego i dalekowschodniego – *Ixodes persulcatus*. Transmisja wirusa w populacji kleszczy zachodzi zarówno transstadialnie, czyli pomiędzy kolejnymi stadami rozwojowymi (larwa - nimfa - postać dorosła), jak i transowarialnie, poprzez zakażone jaja składane przez samice. Gryzonie odgrywają kluczową rolę w utrzymywaniu cyklu epidemiologicznego wirusa, ponieważ stanowią podstawowych żywicieli kleszczy, a ich populacja wpływa na dynamikę liczebności wektorów. W organizmach tych zwierząt dochodzi do bezobjawowej replikacji wirusa, przy czym okres wiremii trwa do około 7 dni, co

¹ Riccardi N, Antonello RM, Luzzati R, Zajkowska J, Di Bella S, Giacobbe DR. Tick-borne encephalitis in Europe: a brief update on epidemiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Eur. J. Intern. Med.* 2019 Apr; 62:1–6.

² Choroby zakaźne i pasożytnicze – Epidemiologia i profilaktyka pod red. A. Baumann, U. Popczyk, M. Sadkowska, U. Todys, A. Zieliński. 2014; wyd. VII, Alfa Medica Press; 216–220.

³ Ibidem.

umożliwia zakażenie kolejnych kleszczy żerujących równocześnie na tym samym gospodarzu. Od wielu lat obserwuje się utrzymywanie ognisk endemicznych KZM w tych samych, często niewielkich geograficznie obszarach. Zjawisko to wskazuje na złożony charakter cyklu ekologicznego wirusa, który wymaga współwystępowania określonych czynników środowiskowych sprzyjających jego cyrkulacji w naturalnym rezerwuarze biologicznym oraz utrzymywaniu zdolności do zakażenia ludzi. Wirus kleszczowego zapalenia mózgu przenosi się zatem dwiema drogami: poprzez wektory (kleszcze *Ixodes ricinus*) oraz drogą pokarmową, po spożyciu niepasteryzowanego mleka koziego, owczego lub krowiego⁴.

Rozpoznanie KZM powinno być wzięte pod uwagę w przypadku każdego zapalenia mózgu na terenach endemicznych. Podstawą laboratoryjnego potwierdzenia zakażenia wirusem kleszczowego zapalenia mózgu jest identyfikacja swoistych przeciwciał w surowicy krwi i/lub w płynie mózgowo-rdzeniowym. Przeciwciała klasy IgM i IgG pojawiają się zazwyczaj w fazie choroby, w której dochodzi do zajęcia ośrodkowego układu nerwowego. Obecność przeciwciał w płynie mózgowo-rdzeniowym odnotowuje się zazwyczaj po kilku dniach od wystąpienia objawów neurologicznych. Stężenie przeciwciał IgM osiąga wartości maksymalne w surowicy oraz w płynie mózgowo-rdzeniowym około 4-5 tygodnia trwania choroby, po czym stopniowo ulega obniżeniu. Jedynie w pojedynczych przypadkach możliwe jest ich wykrycie po upływie ponad 10 miesięcy od początku infekcji. Z kolei przeciwciała klasy IgG osiągają najwyższe stężenie około 5-6 tygodnia od wystąpienia objawów, utrzymując się następnie w surowicy przez okres około 10 lat, co zapewnia długotrwałą odporność immunologiczną. Osłabiona odpowiedź immunologiczna, przejawiająca się niskim mianem przeciwciał w surowicy, brakiem ich narastania w toku choroby oraz ograniczoną produkcją wewnątrzoponową, koreluje z cięższym przebiegiem klinicznym KZM. Na obniżenie skuteczności odpowiedzi immunologicznej i zwiększenie ryzyka ciężkiego przebiegu choroby wpływają ponadto współistniejące zakażenia (np. koinfekcja *Borrelia burgdorferi* lub *Ehrlichia spp.*), obecne lub przebyte choroby ogólnoustrojowe o ciężkim przebiegu, a także wiek pacjenta, przy czym osoby starsze wykazują większą podatność na cięższe postacie choroby⁵.

Wirus kleszczowego zapalenia mózgu nie wykazuje zdolności do transmisji z człowieka na człowieka. Populacja ludzka cechuje się powszechną wrażliwością na zakażenie tym patogenem, jednak w obszarach endemicznych większość przypadków (szacunkowo ok. 70%) przebiega w sposób subkliniczny lub całkowicie bezobjawowy. Ocenia się, że objawy kliniczne rozwijają się u około 30% osób, które miały kontakt z wirusem, z czego u około 40% z nich dochodzi do wystąpienia drugiej fazy choroby, obejmującej zajęcie ośrodkowego układu nerwowego. Cięższe postacie choroby, zwłaszcza zapalenie mózgu, obserwuje się częściej u osób starszych, podczas gdy u dzieci i młodych

⁴ Kuchar E, Zajkowska J, Flisiak R, Mastalerz A, Migas U, Rosińska M, Szenborn L, Wdówik P, Walusiak J, Skorupa U. Epidemiologia, diagnostyka i profilaktyka kleszczowego zapalenia mózgu w Polsce w wybranych krajach europejskich – stanowisko polskiej grupy ekspertów. *Medycyna Pracy* 2021; 72(2);

⁵ Panecwicz SA, Hermanowska T, Szpakowicz U, Kondrusik M, Zajkowska JM, Grygorczuk S, Świerżbińska R. Aspekty epidemiologiczno-kliniczne i profilaktyka kleszczowego zapalenia mózgu. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2006; 2(1):7–12.

dorosłych zakażenie zwykle manifestuje się w postaci aseptycznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Wykazano ponadto, że mężczyźni są bardziej podatni na zakażenie wirusem KZM, choć mechanizmy stojące za tą różnicą pozostają niewyjaśnione⁶.

Choroba najczęściej przebiega dwufazowo. Pierwsza faza, odpowiadająca wiremii, trwa średnio ok. 4 dni i charakteryzuje się występowaniem objawów grypopodobnych: gorączki, zmęczenia/osłabienia, apatii oraz bólów głowy i stawowo-mięśniowych. W badaniach laboratoryjnych krwi obserwuje się leukopenię, małopłytkowość i nieznacznie zwiększoną aktywność aminotransferaz. U 13-26% chorych po pierwszej fazie dochodzi do wyzdrowienia. U pozostałych po bezobjawowym okresie pozornej poprawy, trwającym zazwyczaj 8-11 dni, występuje druga faza choroby (neurologiczna) - związana z inwazją wirusa do OUN. Faza ta objawia się gorączką (<40°C), bólami głowy, mięśni i stawów, nudnościami i wymiotami. U większości zakażonych występują również objawy oponowe, choć nie pojawiają się u ok. 10-30% chorych. Wśród objawów neurologicznych najczęściej obserwuje się zaburzenia świadomości, ataksję oraz niedowłady kończyn i porażenia nerwów czaszkowych. Wymienia się również zaburzenia otolaryngologiczne, w tym jednostronny ubytek słuchu, szumy uszne oraz zawroty głowy⁷.

W ostatnich latach do głównych czynników sprzyjających wzrostowi zapadalności na choroby odkleszczowe, takie jak borelioza czy KZM, zalicza się postępujące ocieplenie klimatu⁸. Zjawisko to prowadzi do rozszerzenia zasięgu występowania kleszczy, co sprawia według oceny Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC)⁹, że kraje Europy Północnej, Środkowej i Wschodniej uznawane są obecnie za obszary endemicznego występowania tych infekcji. Dodatkowo istotnym czynnikiem ryzyka pozostaje charakter i intensywność ludzkiej aktywności. Większe prawdopodobieństwo zakażenia obserwuje się u osób przebywających na terenach zalesionych lub w ich bezpośrednim sąsiedztwie, zarówno w celach rekreacyjnych, jak i zawodowych. Z tego względu na kleszczowe zapalenie mózgu najczęściej zapadają pracownicy leśni, rolnicy, a także osoby uczące się i emeryci, którzy spędzają dużo czasu na świeżym powietrzu w środowisku sprzyjającym kontaktowi z kleszczami¹⁰. Na obszarach endemicznych najwyższe ryzyko KZM wiąże się ze spędzaniem 10 godzin tygodniowo w lasach mieszanych i pozyskiwaniem żywności leśnej, a także z pozostawianiem bezrobotnym lub leśniczym. Poza obszarami endemicznymi KZM ryzyko jest większe w przypadku osób, które spędzają 10 godzin tygodniowo na rekreacji w lasach mieszanych i odwiedzają znane obszary endemiczne KZM¹¹.

⁶ Ibidem.

⁷ Kuchar E. i in., Epidemiologia, diagnostyka i profilaktyka kleszczowego zapalenia mózgu w Polsce i wybranych krajach europejskich – stanowisko polskiej grupy ekspertów, *Medycyna Pracy* 2021;72(2):193–210.

⁸ Raport końcowy „Badanie i ocena wpływu klimatu na stan zdrowia oraz wypracowanie działań związanych z adaptacją do jego zmian”, NIZP-PZH, grudzień 2020. Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowane przez Ministra Zdrowia.

⁹ Tick-borne encephalitis. Annual Epidemiological Report for 2018: Surveillance Report, ECDC, www.ecdc.eu.

¹⁰ Zbrzeźniak J, Paradowska I, Stankiewicz U. Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenia mózgu w Polsce w 2018 r. *Przegl. Epidemiol* 2021;75(1): 63-75.

¹¹ Stefanoff P, Rosińska M, Samuels S, White DJ, Morse DL, Randolph SE. A National Case-Control Study Identifies Human Socio-Economic Status and Activities as Risk Factors for Tick-Borne Encephalitis in Poland. *Plos One*, Sept.19.

Szczepionki przeciw KZM dostępne w Polsce zawierające europejski typ wirusa są najskuteczniejszą metodą ochrony przeciw tej chorobie. Zachorowania występują w całej Polsce, dlatego cały jej obszar powinien być traktowany jako zagrożony wystąpieniem KZM. Stopień endemiczności (niski, średni lub wysoki) może się różnić w poszczególnych regionach kraju. Za obciążonych ryzykiem zachorowania na KZM, którym szczególnie zaleca się szczepienie, uznaje się osoby uprawiające aktywność rekreacyjną na otwartej przestrzeni, wszystkich pracujących zawodowo na świeżym powietrzu, zwłaszcza na terenach zielonych (łącznie z obszarami zieleni miejskiej), a także osoby podróżujące w kraju i poza nim w regionach uznanych za endemiczne, jeśli aktywności podejmowane w trakcie pobytu niosą ze sobą ryzyko pokłucia przez kleszcze. Zaleca się, aby objąć szczepieniami populacyjnymi osoby zamieszkujące tereny o wysokiej endemiczności dla KZM zgodnie z definicją WHO (≥ 5 przypadków/100 tys. ludności). Ze względu na ciężki przebieg choroby u osób w podeszłym wieku oraz jej istotny wpływ na rozwój neurologiczny u dzieci, obie te grupy powinny w pierwszej kolejności zostać objęte profilaktyką szczepienną. Szczepienia przeciw KZM rekomenduje się także mieszkańcom terenów o niskiej i umiarkowanej endemiczności zgodnie z definicją WHO (1-5 przypadków/100 tys. ludności), zwłaszcza obciążonym zwiększonym ryzykiem zachorowania na KZM, a także dzieciom oraz osobom w wieku podeszłym. Ze względu na wysokie skumulowane ryzyko zachorowania na KZM i inne choroby odkleszczowe osobom wykonującym swój zawód na obszarach zielonych, również w miastach, należy zapewnić zarówno nieswoiste (odzież ochronną, repelenty), jak i swoiste (szczepienia) środki profilaktyki KZM i innych chorób odkleszczowych¹².

Osoby planujące zaszczepienie się przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu mogą rozpocząć cykl szczepień w dowolnym okresie roku. Najbardziej dogodnym momentem na rozpoczęcie immunizacji jest jednak czas poza sezonem aktywności kleszczy, czyli późna jesień, zima lub wczesna wiosna. Odporność ochronna rozwija się zazwyczaj po podaniu drugiej dawki szczepionki, przy czym dokładny czas jej uzyskania zależy od zastosowanego preparatu. Z tego względu zaleca się, aby pierwsze dwie dawki zostały podane w okresach o ograniczonej ekspozycji na kleszcze. W sytuacjach wymagających szybkiego uzyskania odporności dopuszcza się zastosowanie przyspieszonego schematu szczepień, który cechuje się porównywalną immunogennością w stosunku do standardowego harmonogramu szczepień. Schemat dawkowania uzależniony jest od rodzaju użytego produktu leczniczego. Po zakończeniu pełnego cyklu szczepienia podstawowego zaleca się podawanie dawek przypominających co 5 lat osobom w wieku do 60 lat lub do 50 lat (w zależności od wybranej szczepionki), a następnie co 3 lata¹³.

2012.

¹² Kuchar E., i in., Epidemiologia, diagnostyka i profilaktyka... op. cit.

¹³ Ibidem.

2. Dane epidemiologiczne

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) każdego roku odnotowuje się około 10-12 tys. przypadków klinicznych kleszczowego zapalenia mózgu, ale uważa się, że liczba ta jest znacznie niższa od rzeczywistej całkowitej liczby przypadków klinicznych¹⁴. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) w 2024 r. odnotowano 803 zachorowania na KZM (2,14/100 tys.), zatem o 142 przypadki więcej niż w roku poprzednim (1,75/100 tys.). Prawie wszystkie odnotowane przypadki wymagały hospitalizacji (99,5%). Największa zapadalność występuje na obszarach województw: podlaskiego (zapadalność 18,23/100 tys.) i warmińsko-mazurskiego (9,01/100 tys.). W roku 2024 w województwie dolnośląskim odnotowano 47 przypadków KZM z zapadalnością na poziomie 1,64/100 tys. (5 miejsce wśród województw) i było to o 11 przypadków więcej w porównaniu do roku poprzedniego (1,25/100 tys.)¹⁵. Najwięcej zachorowań w 2024 roku zanotowano w powiecie wrocławskim – 14 przypadków, świdnickim – 9 przypadków, kłodzkim – 5 przypadków, średzkim – 4 przypadki, wałbrzyskim – 4 przypadki i dzierzoniowskim – 3 przypadki. Analiza danych za lata 2019-2024 wskazuje na 76% wzrost zapadalności na KZM na terenie województwa dolnośląskiego (w roku 2019 zapadalność wynosiła 0,93/100 tys.)¹⁶.

Całkowita liczba przypadków KZM w Polsce może być znacznie niedoszacowana. W wirusowych zakażeniach ośrodkowego układu nerwowego czynnik etiologiczny zazwyczaj pozostaje nieustalony. Analizy danych statystycznych wskazują, że w nawet 25% wszystkich przypadków wirusowego zapalenia mózgu etiologia zakażenia może pozostawać nieokreślona. Z kolei spośród wszystkich zgłaszanych przypadków wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, nawet 90% klasyfikowana jest jako tzw. inne lub nieokreślone¹⁷.

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) w 2023 r. na kleszczowe zapalenie mózgu zaszczepiło się w całym kraju jedynie 102,1 tys. osób, w tym 52,4 tys. w populacji dzieci i młodzieży (51,3% ogółu). Tak jak wspomniano w opisie problemu zdrowotnego, szczepienia przeciw KZM rekomenduje się zarówno mieszkańcom terenów o wysokiej endemiczności dla KZM zgodnie z definicją WHO (≥ 5 przypadków/100 tys. ludności), jak i terenów o niskiej i umiarkowanej endemiczności zgodnie z definicją WHO (1-5 przypadków/100 tys. ludności). W Polsce w roku 2024 r. zapadalność na poziomie 1-5 przypadków/100 tys. ludności odnotowano łącznie w 8 województwach, w tym w województwie dolnośląskim. Oznacza to, że szczepienia są rekomendowane wszystkim mieszkańcom województwa, spośród których w roku 2023 zaszczepiło się jedynie 9 669 osób, w tym 4 430 dzieci i nastolatków

¹⁴ Dane WHO, www.who.int.

¹⁵ Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2024 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, wstępne dane, stan w dniu 01.05.2025 r., wwwold.pzh.gov.pl.

¹⁶ Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w latach 2019-2024, www.gov.pl/web/wsse-wroclaw.

¹⁷ Kuchar L. i in., Epidemiologia, diagnostyka i profilaktyka..., op. cit.

(ok. 0,9% niepełnoletniej populacji województwa) oraz 5 239 osób dorosłych (ok. 0,2% pełnoletniej populacji województwa).

3. Opis obecnego postępowania

Obecnie w Polsce profilaktyka w postaci obowiązkowych szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu nie jest realizowana w ramach powszechnego programu szczepień ochronnych. Zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych (PSO) na rok 2025¹⁸ szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu są zalecane osobom przebywającym na terenach o nasilonym występowaniu tej choroby, w szczególności:

- osobom zatrudnionym przy eksploatacji lasu, stacjonującemu wojsku, funkcjonariuszom straży pożarnej i granicznej, rolnikom, młodzieży odbywającej staże i praktyki zawodowe,
- osobom szczególnie często podejmującym aktywność fizyczną poza pomieszczeniami (np. biegacze, spacerowicze, grzybiarze, właściciele psów, myśliwi, rodziny z małymi dziećmi) i innym osobom podejmującym aktywność na świeżym powietrzu, w szczególności turystom i uczestnikom obozów i kolonii.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Program pozwoli na zwiększenie skuteczności zapobiegania kleszczowemu zapaleniu mózgu na terenie gminy Długoleka. Obecnie najlepszą metodą zapobiegania tej chorobie jest immunizacja czynna. Proponowane w interwencjach szczepienia ochronne są zalecanymi w odniesieniu do wybranej grupy docelowej, natomiast nie są finansowane ze środków publicznych. W związku z powyższym uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu pozwoli na zwiększenie wskaźnika wyszczepialności w populacji docelowej. Ponadto istnieje szansa na zwiększenie tego wskaźnika w odniesieniu do całej populacji gminy, w efekcie realizacji akcji informacyjno-edukacyjnej. Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej może zatem stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Realizację programu uzasadniają także dane przedstawione w części dot. epidemiologii – województwo dolnośląskie należy do regionów endemiczności wykrywania KZM, w przypadku których rekomenduje się mieszkańcom szczepienia przeciwko tej chorobie.

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.¹⁹; Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój

¹⁸ Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2024 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2025 [Dz. Urz. Min. Zdr. 2025.93].

¹⁹ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., gov.pl/web/zdrowie.

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 2021-2025²⁰; Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
 3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²¹; rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego, obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
 4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031²²; rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego, obszar epidemiologia i prognoza epidemiologiczna: Rekomendacja 2.4. Działania zwiększające skłonność do szczepień;
 5. Wojewódzki plan transformacji dla województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026²³, obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

²⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

²² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

²³ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie, w trakcie trwania programu, wiedzy z zakresu czynników ryzyka, przebiegu i profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu do poziomu wysokiego wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych.

2. Cel szczegółowy

1) Podniesienie lub utrzymanie, w trakcie trwania programu, wiedzy z zakresu sposobu zabezpieczania się przed ukłuciem kleszczy do poziomu wysokiego wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych.

2) Zwiększenie o 10%* w każdym roku trwania programu liczby osób z populacji docelowej programu zaszczepionych pełnym schematem szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności (%)
Główny	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie czynników ryzyka, przebiegu i działań profilaktycznych dotyczących kleszczowego zapalenia mózgu, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.
Szczegółowy 1	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie sposobu zabezpieczania się przed ukłuciem kleszczy, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.
Szczegółowy 2	Odsetek uczestników zaszczepionych pełnym schematem szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w ostatnim roku trwania programu w stosunku do pierwszego roku realizacji programu.
Szczegółowy 2	Liczba uczestników zaszczepionych pełnym schematem szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w każdym roku trwania programu i zbiorczo na koniec jego realizacji.

* 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

Program kierowany będzie do populacji dorosłych mieszkańców gminy Długoleka z grup ryzyka narażenia na pokłucia przez kleszcze i ciężkiego przebiegu choroby. Zgodnie z Rekomendacją nr 1/2024 z 18 stycznia 2024 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 kleszczowego zapalenia mózgu są to²⁴:

- osoby mieszkające blisko lasu,
- osoby, których droga do pracy związana jest pokonywaniem terenu z zielenią,
- osoby wykonujące zawód związany z przebywaniem w miejscach, gdzie są rośliny i drobne zwierzęta,
- osoby okazjonalnie bywające na łonie natury (m.in. w związku z udziałem w piknikach, wypoczynaniem na campingu, biwaku) – więcej niż raz w roku,
- osoby posiadające ogród/działkę rekreacyjną, na której wykonują prace ogrodnicze, pielęgnacyjne,
- osoby posiadające zwierzęta wychodzące poza gospodarstwo domowe (np. psa, kota),
- osoby, których aktywności rekreacyjne są związane z kontaktem z roślinnością (np.: spacer w lesie, bieganie/jogging, zbieranie grzybów/jagód, fotografia przyrody, polowania, wędkarstwo, spacer z psem po terenach zielonych),
- osoby podróżujące na obszary umiejscowione w lesie lub na innych terenach zielonych,
- rolnicy,
- osoby powyżej 65 r. ż. obciążone chorobami przewlekłymi (np.: neurologicznymi, kardiologicznymi),
- osoby w trakcie terapii immunosupresyjnej.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego²⁵ populacja osób dorosłych w gminie Długoleka liczy 33,4 tys. osób. Z uwagi na ograniczenia statystyki publicznej oraz szeroką grupę osób narażonych na pokłucia przez kleszcze i ciężki przebieg choroby, nie jest możliwe oszacowanie liczebności populacji docelowej. Szczepienia w programie, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi Gminy Długoleka, zostaną zagwarantowane dla 160 osób. Świadczenia w programie będą realizowane według kolejności zgłoszeń. Z uwagi na ograniczenia budżetowe, w ramach programu nie będą finansowane drugie i trzecie dawki szczepienia podstawowego osobom,

²⁴ Rekomendacja nr 1/2024 z 18 stycznia 2024 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 kleszczowego zapalenia mózgu, bip.aotm.gov.pl.

²⁵ Bank danych lokalnych, bdl.stat.gov.pl.

które rozpoczęły schemat szczepienia podstawowego poza programem, a także dawki przypominające osobom uprzednio zaszczepionym pełnym schematem,

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

1) Działania informacyjno-edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Długoleka

b) Kryteria wyłączenia:

- brak

2) Szczepienia ochronne przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu

a) Kryteria włączenia:

- wiek: 18 lat i więcej
- przynajmniej jedna odpowiedź „tak” w formularzu kwalifikacyjnym (załącznik 5)
- zamieszkiwanie na terenie gminy Długoleka
- dobrowolna zgoda na udział w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- brak zwiększonego ryzyka narażenia na pokłucia przez kleszcze i ciężkiego przebiegu choroby
- brak kwalifikacji do szczepienia ochronnego podczas lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej,
- uprzednie zaszczepienie przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu pełnym schematem szczepienia podstawowego,
- rozpoczęcie schematu szczepienia podstawowego poza programem (zaszczepienie jedną lub dwiema dawkami).

3. Planowane interwencje

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

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

3.2. Profilaktyka kleszczowego zapalenia mózgu

1) Działania informacyjno-edukacyjne

- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie świadomości populacji ogólnej nt. profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu, w tym m.in. na temat:
 - ochrony jaką zapewniają szczepionki, ich skuteczności oraz częstości występowania ewentualnych niepożądanych odczynów poszczepiennych,
 - konieczności przyjmowania dawek przypominających szczepionki (po podstawowym cyklu szczepienia, odporność utrzymuje się co najmniej 3 lata lub 12-18 mies. w przypadku przyspieszonego schematu),
 - konieczności przyjęcia pierwszej dawki szczepionki co najmniej miesiąc przed planowaną podróżą w tereny endemiczne (wskazane jest przyjęcie dwóch dawek szczepionki) – informacje w tym zakresie można pozyskać m.in. ze stron Szczepienia dla podróżnych (szczepieniadlapodrozujacych.pl), Szczepienia.info (szczepienia.pzh.gov.pl),
 - konieczności odbycia wizyty lekarskiej w sytuacji pojawienia się objawów grypopochodnych po pokluciu przez kleszcza,
 - głównych wektorów kleszczowego zapalenia mózgu, w tym potencjalnych dróg zakażenia, wynikających ze spożywania niepasteryzowanych produktów mlecznych pochodzących z terenów zagrożonych występowaniem kleszczy,
 - głównych czynników zwiększających ryzyko zakażenia wirusem kleszczowego zapalenia mózgu, np.: obszarów występowania kleszczy, profesji szczególnie obciążonych ryzykiem kontaktu z kleszczem (m.in. osoby pracujące zawodowo na świeżym powietrzu, w tym pracownicy leśni, rolnicy, wojskowi, członkowie straży pożarnej i granicznej, młodzież odbywająca praktyki na terenach otwartych, pracownicy naukowcy prowadzący badania w terenie), ekspozycji na pokłucie przez kleszcza podczas trwania aktywności rekreacyjnej na świeżym powietrzu (turyści regionów endemicznych, uczestnicy obozów i kolonii, właściciele zwierząt domowych, osoby zajmujące się rekreacyjnie łowiectwem, wędkowaniem, zbieraniem grzybów i innych owoców runa leśnego, osoby uprawiające wycieczki rowerowe i piesze), pory roku, w której kleszcze są najbardziej aktywne (kwiecień-listopad);
 - środków ochrony przed pokluciem przez kleszcze: poruszanie się wytyczonymi szlakami, stosowanie środków odstraszających owady (tzw. repelentów, zawierających DEET lub ikarydynę), stosowanie środków owadobójczych zawierających permetrynę (używanych na odzież i sprzęt rekreacyjny), stosowanie odzieży ochronnej/odpowiedniego ubioru w trakcie zajęć/pracy na świeżym powietrzu (jasne długie spodnie wsunięte w skarpety oraz jasne koszule z długimi rękawami, rękawiczki w celu zmniejszenia powierzchni skóry bez ochrony), konieczności kąpieli lub prysznica po powrocie z terenów zielonych,

konieczności oględzin skóry i odzieży po powrocie z zajęć na świeżym powietrzu pod kątem obecności kleszczy, z wyszczególnieniem miejsc na ciele człowieka, w których kleszcze najczęściej przebywają (pachy, pępek, piersi, pachwiny, linia włosów oraz za uszami),

- sposobów postępowania w przypadku pokłucia przez kleszcza: metod bezpiecznego usuwania kleszczy, przy użyciu pęsety lub specjalnych narzędzi do ich usuwania (po prawidłowym usunięciu kleszcza, należy dokładnie oczyścić miejsce ukłucia oraz dłonie przy pomocy wody z mydłem lub środka antyseptycznego, należy zanotować datę ukłucia oraz obserwować przez cztery tygodnie ewentualne pojawiające się objawy),
- sposobów ograniczenia przenoszenia chorób odkleszczowych w gospodarstwach domowych, takich jak: usuwanie zarośli i ściółki liściowej, koszenie trawy, usuwanie stosów liści lub drewna, tworzenie strefy buforowej zrębków lub żwiru między lasem a trawnikiem;
- realizowane przez personel medyczny udzielający świadczeń w ramach PPZ, przekazujący pacjentom informacje na temat programu oraz korzyści płynących z udziału w nim,
- realizowane za pomocą metod podających tj. materiałów edukacyjno-informacyjnych opracowanych w formie papierowej i/lub elektronicznej (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Gminy Długoleka, realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.) na temat zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka, objawów kleszczowego zapalenia mózgu oraz działań profilaktycznych i środków ochrony przed kleszczami,
- 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, Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne),
- realizowane z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu,
- realizowane w ramach indywidualnej edukacji zdrowotnej podczas lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej przed podaniem pierwszej dawki szczepionki.

2) Szczepienia ochronne przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu

a) Lekarska wizyta kwalifikacyjna wraz z edukacją pacjenta przed podaniem pierwszej dawki

- realizowana celem wykluczenia ogólnych przeciwwskazań do szczepienia oraz przeciwwskazań do szczepienia określonych w charakterystyce produktu leczniczego (ChPL) danego preparatu szczepionkowego,
- obejmująca udzielenie kluczowych informacji na temat szczepienia (m.in. zakres działania szczepionki oraz jej bezpieczeństwa), a także udzielenie wyczerpujących odpowiedzi na

wszelkie pytania pacjenta związane ze szczepieniem oraz uzyskanie jego świadomej zgody na wykonanie szczepienia,

- obejmująca indywidualną edukację zdrowotną w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzór testu – załącznik 1).

b) Lekarska wizyta kwalifikacyjna przed podaniem drugiej i trzeciej dawki

- realizowana celem wykluczenia ogólnych przeciwwskazań do szczepienia oraz przeciwwskazań do szczepienia określonych w charakterystyce produktu leczniczego (ChPL) danego preparatu szczepionkowego,
- obejmująca udzielenie kluczowych informacji na temat szczepienia (m.in. zakres działania szczepionki oraz jej bezpieczeństwa), a także udzielenie wyczerpujących odpowiedzi na wszelkie pytania pacjenta związane ze szczepieniem oraz uzyskanie jego świadomej zgody na wykonanie szczepienia.

c) Szczepienie przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu – trzy dawki

- szczepienia należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego szczepionki skojarzonej przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu dopuszczonej do obrotu na terenie Polski (np. FSME-IMMUN, Encepur Adults),
- pacjenta należy uprzedzić o możliwym wystąpieniu niepożądanych odczynów poszczepiennych i sposobie postępowania w tym wypadku,
- pacjenta należy poinformować o schemacie szczepień przypominających.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 2). W ostatnim dniu udzielania świadczeń w programie pacjentowi należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika (załącznik 4).

3.3. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji naukowych, a także zgodne z oceną technologii medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zawartą w Rekomendacji nr 1/2024 z 18 stycznia 2024 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 kleszczowego zapalenia mózgu²⁶.

²⁶ Rekomendacja nr 1/2024 z 18 stycznia 2024 r. Prezesa Agencji... op. cit.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Szczepienia ochronne przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu powinny zostać przeprowadzone we wskazanej populacji przy użyciu zarejestrowanych i dostępnych na rynku preparatów. Dawkowanie, transport, przechowywanie oraz schemat szczepień powinien być zgodny z informacjami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego zastosowanego preparatu. Po podaniu szczepionki należy podjąć odpowiednie środki ostrożności w celu ochrony pacjenta przed ewentualnymi omdleniami czy utratą równowagi mogących prowadzić do wystąpienia urazów. Realizator programu wyłoniony zostanie w ramach ogłoszonego konkursu ofert spośród podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej na terenie gminy Długoleka. Działania informacyjno-edukacyjne prowadzone będą na terenie gminy, zgodnie z założeniami opisanymi w punkcie dot. planowanych interwencji. Rekrutacja do programu prowadzona będzie w punktach szczepień wskazanych przez realizatora.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- zakończenie działań edukacyjnych – w przypadku pacjentów, którzy podczas badań kwalifikacyjnych do szczepienia ochronnego nie zostaną zakwalifikowani,
- zrealizowanie przez uczestnika schematu szczepień przy użyciu wybranego preparatu,
- zgłoszenie przez pacjenta chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2025)
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia zgodności programu polityki zdrowotnej z właściwą rekomendacją (IV kwartał 2025)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwalodawczy (I kwartał 2026)
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2026)
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026)
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2027)
 - realizacja działań informacyjnych
 - realizacja działań edukacyjnych
 - realizacja lekarskich wizyt kwalifikujących do szczepień

- realizacja szczepień ochronnych
- bieżące monitorowanie realizacji PPZ
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2027)
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2027)
- 9) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do AOTMiT, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2028)

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:

- prowadzenie działalności gospodarczej w obszarze ochrony zdrowia na terenie gminy Długoleka,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.),
- zapewnienie wybrania lub przygotowania materiałów do działań edukacyjnych przez pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego doświadczenie przeprowadzenia działań edukacyjnych dot. chorób odkleszczowych,
- zapewnienie realizacji wizyty kwalifikacyjnej przez lekarza,
- zapewnienie realizacji szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu przez osoby uprawnione, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 924 z późn. zm.),
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodków, w których realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań. Podmiot realizujący interwencje w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 3). Podmiot

udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Realizator będzie zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t. j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2240), z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności lokali, obsługi osób ze szczególnymi potrzebami, a także informacji i komunikacji z mieszkańcami gminy. Ponadto, realizator będzie zobowiązany także do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (t.j. Dz. U. 2023 poz. 1440) i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym
- liczba osób zaszczepionych w ramach programu
- liczba osób, które nie zostały zakwalifikowane do szczepienia
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego trwania wraz z podaniem przyczyny rezygnacji
- liczba osób, u których wystąpił niepożądany odczyn poszczepienny wraz z podaniem rodzaju odczyny

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

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

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie czynników ryzyka, przebiegu i działań profilaktycznych

dotyczących kleszczowego zapalenia mózgu, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test

- odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie sposobu zabezpieczania się przed ukłuciem kleszczy, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test
- odsetek uczestników zaszczepionych pełnym schematem szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w ostatnim roku trwania programu w stosunku do pierwszego roku realizacji programu
- liczba uczestników zaszczepionych jedną dawką szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w każdym roku trwania programu i zbiorczo na koniec jego realizacji
- liczba uczestników zaszczepionych dwiema dawkami szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w każdym roku trwania programu i zbiorczo na koniec jego realizacji
- liczba uczestników zaszczepionych pełnym schematem szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w każdym roku trwania programu i zbiorczo na koniec jego realizacji

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

Koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ przedstawione w projekcie są szacunkowe. Faktyczne koszty wynikają będą z ofert złożonych przez podmioty lecznicze, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej. Realizator zobowiązuje się do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych nieodpłatnie – w ramach całkowitego wynagrodzenia za realizację programu.

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

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna	110,00
2. Koszt szczepionki	150,00
3. Podanie szczepionki - iniekcja	30,00

2. Planowane koszty całkowite

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

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna (3 wizyty)	160	osoba	330,00	52 800,00
2. Koszt szczepionki (3 dawki)	160	osoba	450,00	72 000,00
3. Podanie szczepionki (3 iniekcje)	160	osoba	90,00	14 400,00
Koszty Programu				139 200,00

Tab. IV. Szacunkowe koszty programu w latach 2026-2027 w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna	80	osoba	330,00	26 400,00
2. Koszt szczepionki	80	osoba	450,00	36 000,00
3. Podanie szczepionki	80	osoba	90,00	7 200,00
Całkowite koszty programu w roku 2026				69 600,00
1. Lekarska wizyta kwalifikacyjna	80	osoba	330,00	26 400,00
2. Koszt szczepionki	80	osoba	450,00	36 000,00
3. Podanie szczepionki	80	osoba	90,00	7 200,00
Całkowite koszty programu w roku 2027				69 600,00
Całkowite koszty programu w latach 2026-2027				139 200,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu i przeprowadzenie ewaluacji, których koszty zostaną poniesione poza programem, w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Długoleka. Realizator będzie zobowiązany do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych nieodpłatnie – w ramach całkowitego wynagrodzenia za realizację programu. Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 139 200 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Długoleka oraz zmian cen usług w trakcie trwania programu. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wylonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

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

Bibliografia

1. Bank danych lokalnych, bdl.stat.gov.pl.
2. Choroby zakaźne i pasożytnicze – Epidemiologia i profilaktyka pod red. A. Baumann, U. Popczyk, M. Sadkowska, U. Todys, A. Zieliński. 2014; wyd. VII, Alfa Medica Press; 216–220.
3. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2024 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, wstępne dane, stan w dniu 01.05.2025 r., www.wold.pzh.gov.pl.
4. Dane WHO, www.who.int.
5. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2024 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2025 [Dz. Urz. Min. Zdr. 2025.93].
6. Kuchar E, Zajkowska J, Flisiak R, Mastalerz A, Migas U, Rosińska M, Szenborn L, Wdówik P, Walusiak J, Skorupa U. Epidemiologia, diagnostyka i profilaktyka kleszczowego zapalenia mózgu w Polsce w wybranych krajach europejskich – stanowisko polskiej grupy ekspertów. *Medycyna Pracy* 2021; 72(2);
7. Kuchar E. i in., Epidemiologia, diagnostyka i profilaktyka kleszczowego zapalenia mózgu w Polsce i wybranych krajach europejskich – stanowisko polskiej grupy ekspertów, *Medycyna Pracy* 2021;72(2):193–210.
8. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]
10. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026.
11. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w latach 2019-2024, www.gov.pl/web/wsse-wroclaw.
12. Pancewicz SA, Hermanowska T, Szpakowicz U, Kondrusik M, Zajkowska JM, Grygorczuk S, Świerżbińska R. Aspekty epidemiologiczno-kliniczne i profilaktyka kleszczowego zapalenia mózgu. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2006; 2(1):7–12.
13. Raport końcowy „Badanie i ocena wpływu klimatu na stan zdrowia oraz wypracowanie działań związanych z adaptacją do jego zmian”, NIZP-PZH, grudzień 2020. Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowane przez Ministra Zdrowia.
14. Rekomendacja nr 1/2024 z 18 stycznia 2024 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 kleszczowego zapalenia mózgu, bip.aotm.gov.pl.
15. Riccardi N, Antonello RM, Luzzati R, Zajkowska J, Di Bella S, Giacobbe DR. Tick-borne encephalitis in Europe: a brief update on epidemiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Eur. J. Intern. Med.* 2019 Apr; 62:1–6.
16. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
17. Stefanoff P, Rosińska M, Samuels S, White DJ, Morse DL, Randolph SE. A National Case-Control Study Identifies Human Socio-Economic Status and Activities as Risk Factors for Tick-Borne Encephalitis in Poland, *Plos One*, Sept.19, 2012.
18. Tick-borne encephalitis. Annual Epidemiological Report for 2018; Surveillance Report, ECDC. www.ecdc.eu.
19. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].
20. Zbrzeźniak J, Paradowska I, Stankiewicz U. Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenia mózgu w Polsce w 2018 r. *Przegl. Epidemiol* 2021;75(1): 63-75.

Załączniki

Załącznik 1

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w Gminie Długoleka na lata 2026-2027” (wzór)

Część I

1. Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM) jest chorobą wywoływaną przez:

- a. bakterie z rodzaju *Borrelia*
- b. wirusa z rodziny *Flaviviridae*
- c. pasożyty z rodzaju *Ixodes*
- d. wirusa z rodziny *Herpesviridae*

2. Główną drogą zakażenia wirusem KZM jest:

- a. kontakt z wydzieliną chorego człowieka
- b. spożycie nieumytych owoców leśnych
- c. pokłucie przez zakażonego kleszcza
- d. wdychanie aerozolu zanieczyszczonego wirusem

3. Która grupa zawodowa jest szczególnie narażona na zakażenie wirusem KZM?

- a. pracownicy biurowi
- b. pracownicy leśni i rolnicy
- c. nauczyciele szkół miejskich
- d. pracownicy administracji publicznej

4. W jakim okresie roku aktywność kleszczy, a tym samym ryzyko zakażenia, jest największe?

- a. grudzień - luty
- b. marzec - czerwiec
- c. kwiecień - listopad
- d. styczeń - kwiecień

5. W celu uzyskania odporności przed planowanym wyjazdem w tereny wysoce endemiczne szczepienie przeciw KZM należy rozpocząć:

- a. dzień przed wyjazdem
- b. co najmniej miesiąc przed wyjazdem
- c. bezpośrednio po powrocie z podróży
- d. nie ma znaczenia - szczepienie działa natychmiast

Część II

1. Które z poniższych działań najlepiej zmniejsza ryzyko poklucia przez kleszcza podczas pobytu w lesie?

- a. noszenie krótkich spodenek i koszulek bez rękawów
- b. poruszanie się po wyznaczonych ścieżkach i stosowanie repelentów
- c. siadanie bezpośrednio na trawie
- d. wężanie roślin odstraszających owady

2. Kleszcze najczęściej przyczepiają się do skóry człowieka w następujących miejscach:

- a. dłonie i stopy
- b. plecy i łydki
- c. pachy, pachwiny, linia włosów, okolice uszu
- d. dłonie, twarz i podeszwy stóp

3. Po powrocie z terenów zielonych zaleca się:

- a. unikanie mycia skóry przez kilka godzin
- b. dokładne obejrzenie ciała i odzieży w poszukiwaniu kleszczy
- c. smarowanie ciała olejkami eterycznymi
- d. pozostawienie odzieży na podłodze przez noc

4. W przypadku zauważenia kleszcza wczepionego w skórę należy:

- a. poczekać, aż sam odpadnie
- b. usunąć go delikatnie pęsetą i zdezynfekować miejsce ukłucia
- c. posmarować tłuszczem lub alkoholem
- d. zasypać miejsce talkiem

5. Które działanie w otoczeniu domowym pomaga ograniczyć liczebność kleszczy?

- a. pozostawianie stosów liści i drewna
- b. regularne koszenie trawy i usuwanie zarośli
- c. sadzenie gęstych krzewów w pobliżu domu
- d. pozostawianie nieużytkowanych fragmentów ogrodu w stanie naturalnym

Karta uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w Gminie Długoleśka na lata 2026-2027”

1. Dane osoby kierowanej do Programu

Nazwisko	
Imię	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

2. 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 uczestnika programu)

3. Wizyta kwalifikacyjna

(Data wizyty (dd/mm/rrrr):)

Działanie	Informacja dla celów monitoringu/ewaluacji
1. Kwalifikacja do szczepienia (1 dawka)	tak nie
2. Edukacja zdrowotna pacjenta	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w post-teście (min. 75% poprawnych odpowiedzi): tak nie
2. Kwalifikacja do szczepienia (2 dawka)	tak nie
3. Kwalifikacja do szczepienia (3 dawka)	tak nie

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

4. Szczepienie ochronne

(Data szczepienia (dd/mm/rrrr):)

Działanie	Informacja dla celów monitoringu/ewaluacji
1. Wykonanie szczepienia (1 dawka)	tak nie
2. Wykonanie szczepienia (2 dawka)	tak nie
3. Wykonanie szczepienia (3 dawka)	tak nie

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

5. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

6. Niepożądane odczyny poszczepienne

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w Gminie Długoleka na lata 2026-2027”

I. Dane realizatora

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

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjno-edukacyjnej	
Monitoring	
Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie	
Liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym	
Liczba osób zaszczepionych w ramach programu	
Liczba osób, które nie zostały zakwalifikowane do szczepienia	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego trwania wraz z podaniem przyczyny rezygnacji	
Liczba osób, u których wystąpił niepożądany odczyn poszczepienny wraz z podaniem rodzaju odczynu	
Wyniki ankiety satysfakcji* (krótki opis)	
Ewaluacja*	
Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie czynników ryzyka, przebiegu i działań profilaktycznych dotyczących kleszczowego zapalenia mózgu, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.	
Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie sposobu zabezpieczania się przed ukłuciem kleszczy, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.	
Odsetek uczestników zaszczepionych pełnym schematem szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w ostatnim roku trwania programu w stosunku do pierwszego roku realizacji programu.	
Liczba uczestników zaszczepionych jedną dawką szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w każdym roku trwania programu i zbiorczo na koniec jego realizacji.	

Liczba uczestników zaszczepionych dwiema dawkami szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w każdym roku trwania programu i zbiorczo na koniec jego realizacji.	
Liczba uczestników zaszczepionych pełnym schematem szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w każdym roku trwania programu i zbiorczo na koniec jego realizacji.	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w Gminie Długoleka na lata 2026-2027” (wzór)

1. Czy udział w programie spełnił Pana/i oczekiwania?

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

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

2. Jak ocenia Pan/i przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu?

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

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

3. Jak ocenia Pan/i jakość usług otrzymanych w ramach programu?

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

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

4. Jak ocenia Pan/Pani program od strony organizacyjnej?

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

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

Dodatkowe uwagi:

--

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

