

Projekt

z dnia 25 sierpnia 2026 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY GOCZAŁKOWICE-ZDRÓJ**

z dnia 2026 r.

**w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy
Goczałkowice-Zdrój na lata 2026-2028**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w zw. z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2026 r. poz. 662 z późn.zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1, 3-5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) Rada Gminy Goczałkowice-Zdrój uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój na lata 2026-2028, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.



GOCZAŁKOWICE-ZDRÓJ

**Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki
boreliozy dla mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój
na lata 2026-2028**

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

Goczałkowice-Zdrój, 2026

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój na lata 2026-2028

Rekomendacja:

Program zgodny z Rekomendacją nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (borelioza).

Okres realizacji programu: 2026-2028

Autorzy programu: dr hab. n. o zdrowiu Karolina Klimek

dr hab. n. med. Mateusz Grajek

CHILICO – Karolina Klimek

Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Goczałkowice-Zdrój

ul. Szkolna 13

43-230 Goczałkowice-Zdrój

tel.: (32) 736-24-11

e-mail: gmina@goczalkowiczdroj.pl

Data opracowania programu: III kwartał 2026 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	12
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	13
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	17
1. Cel główny	17
2. Cel szczegółowy	17
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	18
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	19
1. Populacja docelowa	19
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	19
3. Planowane interwencje	21
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	26
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	27
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	28
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	28
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	28
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	30
1. Monitorowanie.....	30
2. Ewaluacja.....	31
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	32
1. Koszty jednostkowe	32
2. Planowane koszty całkowite	33
3. Źródło finansowania	34
Bibliografia.....	35
Załączniki.....	37

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Borelioza z Lyme jest zoonozą o charakterze endemicznym, występującą głównie na obszarach strefy klimatu umiarkowanego półkuli północnej. Dotychczas zidentyfikowano 18 genogatunków krętków należących do kompleksu *Borrelia burgdorferi sensu lato*, które krążą w populacjach zwierząt wolno żyjących i są przenoszone na ludzi za pośrednictwem kleszczy¹. Borelioza, określana również jako choroba z Lyme lub krętkowica kleszczowa (łac. *Borreliosis*, ang. *Lyme disease*, *Lyme borreliosis*), jest zakaźną chorobą wieloukładową przenoszoną przez kleszcze należące do rodzaju *Ixodes*. Na obszarze Europy głównym wektorem zakażenia jest kleszcz pospolity (*Ixodes ricinus*). Kleszcze pełnią rolę nosicieli krętków z rodzaju *Borrelia*, spośród których najczęściej identyfikowanym gatunkiem jest *Borrelia burgdorferi*, choć zakażenie może być również wywołane przez inne genogatunki, takie jak *Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii* czy *Borrelia spielmanii*. Czynniki etiologiczne boreliozy zostały po raz pierwszy wyizolowane i opisane w 1982 roku przez W. Burgdorfera oraz A. Barboura. Dane epidemiologiczne wskazują, że odsetek kleszczy skolonizowanych przez bakterie z rodzaju *Borrelia* może sięgać nawet około 30%².

W ostatnich dekadach na terenie Europy notuje się narastającą częstość występowania chorób odkleszczowych, w tym w szczególności boreliozy, a także babeszjozy, anaplazmozy granulocytarnej oraz kleszczowego zapalenia mózgu. Spośród wymienionych jednostek chorobowych borelioza pozostaje najczęściej rozpoznawaną chorobą przenoszoną przez kleszcze. Jednocześnie obserwuje się dynamiczne zmiany w zakresie zasięgu geograficznego oraz zagęszczenia populacji kleszcza pospolitego (*Ixodes ricinus*) na obszarze Europy. Największą liczebność tych pajęczaków stwierdza się w środowiskach leśnych, natomiast ich obecność jest wyraźnie mniejsza na terenach otwartych, takich jak łąki czy pastwiska³. Główną rolę w transmisji bakterii *Borrelia burgdorferi* odgrywają dorosłe stadia rozwojowe kleszczy, jednak zakażenie może być również przenoszone przez nimfy. Ma to istotne znaczenie

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

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

³ Pancewicz S, Borelioza z Lyme... op. cit.

kliniczne, ponieważ nimfy, ze względu na niewielkie rozmiary, są znacznie trudniejsze do zauważenia na skórze człowieka, co sprzyja dłuższemu czasowi żerowania i zwiększa ryzyko transmisji patogenu. Wyniki badań przeprowadzonych przez Rauter i Hartunga wskazują, że w warunkach europejskich odsetek zakażenia krętkami *B. burgdorferi* wśród dorosłych osobników *Ixodes ricinus* jest około dwukrotnie wyższy niż w populacji nimf⁴.

Borelioza charakteryzuje się zróżnicowanym obrazem klinicznym i może przebiegać z zajęciem wielu układów i narządów. Do najczęściej obserwowanych manifestacji należą zmiany skórne, dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, objawy neurologiczne, zaburzenia funkcjonowania układu limfatycznego oraz powikłania kardiologiczne. Ponadto w przebiegu choroby mogą występować stany zapalne narządu wzroku, wątroby, płuc i nerek, a także objawy ogólnoustrojowe. Przebieg kliniczny boreliozy najczęściej opisywany jest jako trójfazowy. Pierwsze stadium choroby rozwija się zazwyczaj w okresie od 2-3 tygodni po ukłuciu kleszcza do około trzech miesięcy od ekspozycji. Jego najbardziej charakterystycznym objawem jest rumień wędrujący (określany również jako rumień pełzający), czyli zmiana skórna w miejscu wkłucia, która stopniowo powiększa się obwodowo wraz z upływem czasu. Zmiana ta początkowo przyjmuje postać plamki lub grudki, a następnie rozszerza się promieniście, z tendencją do jaśnienia w części centralnej⁵. Za istotny diagnostycznie uznaje się rumień wędrujący o średnicy przekraczającej 5 cm. Na tym etapie choroby u części pacjentów mogą nie występować żadne inne dolegliwości. W przypadku stwierdzenia charakterystycznego rumienia dalsza diagnostyka w kierunku boreliozy nie jest konieczna, ponieważ stanowi on jedyny objaw swoisty tej jednostki chorobowej. Pozostałe symptomy mają charakter niespecyficzny i mogą przypominać objawy infekcji grypopodobnej, takie jak osłabienie, bóle mięśni, dreszcze czy podwyższona temperatura ciała; rzadziej obserwuje się również naciek limfocytarny⁶.

Drugie stadium boreliozy rozwija się zwykle w okresie od kilku tygodni do kilku miesięcy po ukłuciu przez kleszcza. W tym czasie mogą występować objawy ze strony układu nerwowego, w tym bóle głowy, sztywność karku, zapalenie opon mózgowo-

⁴ 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.

⁵ Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme, zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl.

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

rdzeniowych oraz zapalenie mózgu, a także porażenia nerwów obwodowych, zwłaszcza nerwu twarzowego. W przebiegu tego stadium mogą pojawiać się również dolegliwości stawowe. Trzecie stadium choroby ma charakter przewlekły i może rozwijać się przez wiele lat. Do typowych manifestacji należą nawracające lub przewlekłe zapalenia stawów, zanikowe zapalenie skóry, utrzymujące się bóle mięśniowo-stawowe oraz objawy neurologiczne, obejmujące niedowłady, zaburzenia funkcji poznawczych, takich jak koncentracja i pamięć, a w cięższych przypadkach także zmiany osobowości. Przebieg boreliozy może być zróżnicowany – u części pacjentów obserwuje się jedynie jedno stadium choroby, podczas gdy u innych dochodzi do rozwoju wszystkich faz. Możliwy jest również bezobjawowy przebieg początkowy, prowadzący do ujawnienia się choroby dopiero w stadium drugim lub trzecim. Nieswoistość i podobieństwo objawów boreliozy do symptomów występujących w przebiegu innych schorzeń stanowią istotne wyzwanie diagnostyczne⁷.

W przypadku braku obserwacji rumienia wędrującego lub jego nieobecności wskazane jest przeprowadzenie diagnostyki boreliozy z wykorzystaniem odpowiednich badań laboratoryjnych. Podstawowe znaczenie mają wówczas testy serologiczne o charakterze pośrednim, polegające na wykrywaniu swoistych przeciwciał w klasach IgM oraz IgG⁸. Badania te pełnią funkcję testów przesiewowych i charakteryzują się wysoką czułością przy jednocześnie ograniczonej swoistości, co wiąże się z ryzykiem uzyskania wyników fałszywie dodatnich. Z tego względu każdy dodatni wynik testu przesiewowego wymaga potwierdzenia metodą o wyższej swoistości. Najczęściej stosowanym badaniem potwierdzającym jest test immunoblot, który cechuje się wysoką swoistością przy porównywalnym poziomie czułości⁹. Umożliwia to wykluczenie osób zdrowych z wynikami fałszywie dodatnimi i wykrycie chorych z wynikami prawdziwie dodatnimi¹⁰. Metodą wspomagającą diagnostykę boreliozy jest diagnostyka oparta na metodach biologii molekularnej Real Time PCR¹¹.

Leczenie boreliozy z Lyme opiera się na antybiotykoterapii prowadzonej przez okres co najmniej 21 dni, przy czym dobór leku oraz schematu terapii jest każdorazowo

⁷ Wytyczne do profilaktyki i rozpoznawania w chorobach zawodowych – borelioza, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, npz.net.pl.

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

⁹ Wojciechowska-Koszko I., Mnichowska-Polanowska M., serologiczna diagnostyka boreliozy z Lyme w praktyce laboratoryjnej, Post. Mikrobiol., 2015, 54, 3, 283–290.

¹⁰ Gąsiorowski J, Diagnostyka boreliozy, Medycyna pracy, 2007, 58 (5): 439-447.

¹¹ Badania boreliozy metodą Real Time PCR, Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, www.gov.pl.

dostosowywany do postaci klinicznej choroby oraz indywidualnej tolerancji leczenia przez pacjenta. W przypadku wdrożenia prawidłowego postępowania terapeutycznego rokowanie jest na ogół pomyślne. Szacuje się, że u około 98% pacjentów z rumieniem wędrującym dochodzi do pełnego ustąpienia objawów w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia antybiotykoterapii. Również w przebiegu neuroboreliozy u około 70-85% chorych obserwuje się całkowitą regresję objawów w okresie od 6 do 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia¹². Utrzymywanie się dolegliwości stawowych przez okres dłuższy niż trzy miesiące od rozpoczęcia antybiotykoterapii stanowi podstawę do rozpoznania antybioopornego boreliozowego zapalenia stawów, które dotyczy około 10% chorych. Ponadto u części pacjentów, szacowanej na około 5%, obserwuje się występowanie tzw. zespołu poboreliozowego¹³.

W odniesieniu do boreliozy nie istnieje obecnie możliwość stosowania profilaktyki czynnej w postaci szczepień ochronnych, dlatego kluczowe znaczenie w zapobieganiu zachorowaniom mają działania z zakresu profilaktyki nieswoistej. Obejmują one przede wszystkim ochronę ciała przed kontaktem z kleszczami podczas przebywania na obszarach ich występowania, stosowanie preparatów odstraszających, zabezpieczanie zwierząt domowych oraz możliwie szybkie i prawidłowe mechaniczne usunięcie kleszcza ze skóry. W szczególnych sytuacjach, takich jak liczne ukłucia kleszczy podczas pobytu osoby dorosłej pochodzącej spoza danego obszaru na terenie endemicznym, dopuszcza się zastosowanie profilaktyki poekspozycyjnej w postaci jednorazowej dawki doksycykliny¹⁴.

Choroby przenoszone przez kleszcze stanowią istotne wyzwanie współczesnej medycyny. Pacjenci zgłaszający objawy po ekspozycji na ukłucia kleszczy wymagają diagnostyki obejmującej nie tylko boreliozę czy kleszczowe zapalenie mózgu, lecz również inne jednostki chorobowe zaliczane do chorób odkleszczowych. Pomimo rosnącego zagrożenia wynikającego z kontaktu z tymi pasożytami oraz szerokiego dostępu do piśmiennictwa naukowego i materiałów informacyjnych, poziom wiedzy społeczeństwa dotyczący występowania chorób

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

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

¹⁴ Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy... op. cit.

przenoszonych przez kleszcze, zasad ich profilaktyki oraz możliwości leczenia pozostaje niewystarczający¹⁵.

2. Dane epidemiologiczne

Występowanie boreliozy jest ściśle związane z obecnością środowisk sprzyjających bytowaniu kleszczy, obejmujących odpowiedni poziom wilgotności, bujną roślinność oraz obecność zwierząt stanowiących rezerwuar patogenów. Do obszarów o największym zagrożeniu należą przede wszystkim lasy liściaste, zarośla wzdłuż szlaków uczęszczanych przez ludzi i zwierzęta, a także łąki i tereny przydomowych ogrodów. Grupę podwyższonego ryzyka zachorowania na choroby odkleszczowe stanowią osoby zamieszkujące i/lub wykonujące pracę na terenach endemicznego występowania kleszczy, w szczególności na obszarach leśnych. Szczególnie narażone są osoby wykonujące zawody takie jak pracownicy leśni, leśnicy, gajowi, myśliwi, rolnicy oraz personel wojskowy. Zwiększone ryzyko zakażenia dotyczy również osób podejmujących określone formy aktywności rekreacyjnej, w tym biegi na orientację, polowania czy prace ogrodnicze. Narażenie na ukłucia kleszczy występuje przez cały rok, jednak największą liczbę nowych zachorowań na boreliozę odnotowuje się w okresie od maja do listopada. Około 80% przypadków przypada na miesiące letnie, w szczególności czerwiec i lipiec, co koreluje z intensywnym żerowaniem nimf kleszczy¹⁶.

Zgodnie ze stanowiskiem Głównego Inspektoratu Sanitarnego do corocznego wzrostu zapadalności na boreliozę przyczynia się m.in. zwiększona podatność człowieka na zakażenie w wyniku częstszych kontaktów z kleszczami. Rosnąca liczebność tych pasożytów oraz wydłużenie okresu ich aktywności pozostają w ścisłym związku ze zmianami klimatycznymi i środowiskowymi, które sprzyjają wzrostowi populacji zwierząt stanowiących rezerwuar *Borrelia burgdorferi*. Równocześnie obserwowany wzrost liczby rejestrowanych przypadków boreliozy należy wiązać z poprawą dostępności i skuteczności diagnostyki laboratoryjnej, częstszym rozpoznawaniem choroby oraz usprawnieniem systemu sprawozdawczości

¹⁵ Pancewicz S, Borelioza z Lyme... op. cit.

¹⁶ Rekomendacja nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (borelioza), bip.aotm.gov.pl.

medycznej¹⁷. Jednym z istotnych czynników sprzyjających wzrostowi liczby zachorowań na boreliozę jest postępujące ocieplenie klimatu. Zmiany klimatyczne, będące konsekwencją działalności człowieka, wywierają znaczący wpływ na funkcjonowanie ekosystemów oraz na epidemiologię chorób zakaźnych przenoszonych przez kleszcze. Wzrost temperatury sprzyja przeżywalności i transmisji patogenów oraz ich wektorów, wpływa na rozmieszczenie geograficzne gatunków kleszczy, ich zagęszczenie oraz dynamikę populacji, a w konsekwencji prowadzi do zwiększenia ryzyka zakażenia mikroorganizmami chorobotwórczymi zarówno u ludzi, jak i u zwierząt¹⁸.

Szacuje się, że rozpowszechnienie kleszczy zakażonych krętkami *Borrelia burgdorferi* w Polsce wynosi od 6% do 15% i dotyczy w równym stopniu terenów wiejskich i miejskich¹⁹. 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.²⁰.

Analiza danych epidemiologicznych dotyczących występowania boreliozy w Europie w latach 2005–2020 wskazuje na znaczne zróżnicowanie zapadalności pomiędzy poszczególnymi krajami. Najwyższe wartości wskaźników zapadalności, przekraczające 100 przypadków na 100 tys. mieszkańców, odnotowuje się w takich państwach jak Estonia, Litwa, Słowenia oraz Szwajcaria. Wysoką zapadalność, mieszczącą się w przedziale 40-80 przypadków na 100 tys. ludności, obserwuje się m.in. we Francji i w Polsce, natomiast umiarkowane wartości (20-40/100 tys.) notowane są w Finlandii oraz Łotwie. Najniższe wskaźniki zapadalności, poniżej 20 przypadków na 100 tys. mieszkańców, rejestrowane są m.in. w krajach takich jak: Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Anglia, Węgry, Irlandia, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Rosja, Szkocja oraz Serbia. Szacuje się, że w skali całego kontynentu europejskiego

¹⁷ Profilaktyka chorób odkleszczowych (borelioza), Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, Raport nr: OT.434.2.2025, AOTMiT, Warszawa, kwiecień 2025.

¹⁸ Raport końcowy zawierający trendy i prognozy umieralności 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.

¹⁹ 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.

²⁰ Rauter C, Hartung T: Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato... op. cit.

corocznie rozpoznaje się średnio ponad 128,8 tys. nowych przypadków boreliozy, przy czym około 24% populacji Europy zamieszkuje obszary charakteryzujące się wysoką zapadalnością na tę chorobę. Należy jednak podkreślić, że rzeczywista liczba zachorowań może być istotnie wyższa, gdyż systematyczny nadzór epidemiologiczny nad boreliozą prowadzony jest jedynie w 25 spośród 52 państw europejskich, co stanowi niespełna połowę krajów regionu²¹.

Główny Inspektorat Sanitarny wskazuje, że liczba przypadków boreliozy w Polsce od wielu lat wykazuje trend wzrostowy. Według wstępnych danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) w 2025 r. odnotowano 48 738 zachorowań na boreliozę (130,3/100 tys.), zatem o 18 878 przypadków więcej niż w roku poprzednim (79,5/100 tys.). Hospitalizacji wymagało jedynie 2,7% odnotowanych przypadków. Największa zapadalność występuje na obszarach województw: małopolskiego (225,0/100 tys.), podlaskiego (zapadalność 208,2/100 tys.), warmińsko-mazurskiego (156,5/100 tys.) oraz podkarpackiego (155,5/100 tys.). W roku 2025 w województwie śląskim odnotowano 6 467 przypadków boreliozy z zapadalnością na poziomie 151,3/100 tys. i było to o 2 308 przypadków więcej (tj. o ponad 55% więcej) w porównaniu do roku poprzedniego (96,6/100 tys.). Z ogólnej liczby zgłoszonych przypadków zachorowań wyszczególniono w województwie śląskim 55 przypadków neuroboreliozy, porównywalnie z rokiem 2024 (54 przypadki). Hospitalizowano 139 osób, w tym 55 osób z neuroboreliozą. Wiodącym kryterium klinicznym boreliozy wciąż pozostaje rumień wędrujący, charakterystyczny dla fazy wczesnej. Odnotowuje się także zapalenie układu kostno-stawowego, neuroboreliozę z jednoczesnym limfocytarnym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, zapaleniem nerwów czaszkowych, zwłaszcza twarzowego oraz zapaleniem wielokorzeniowym. Analiza danych za lata 2019-2025 wskazuje na ponad 3-krotny wzrost zapadalności na boreliozę na terenie województwa śląskiego (w roku 2019 zapadalność wynosiła 49,0/100 tys.)²².

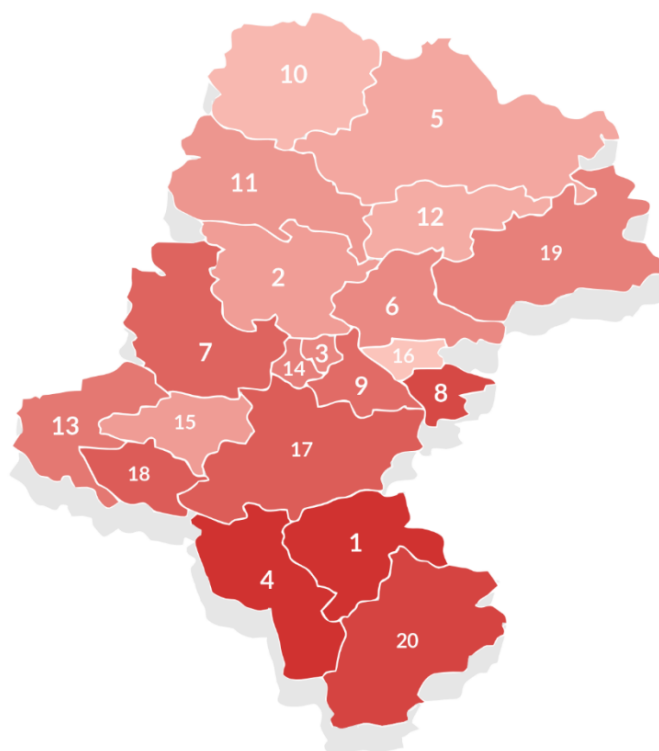
Gmina Goczałkowice-Zdrój położona jest na obszarze działania Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach. W roku 2025 zapadalność na boreliozę w tym obszarze była wyższa w porównaniu z wartością średnią dla województwa

²¹ Burn L, Tran TMP, Pilz A, Vyse A, Fletcher MA, Angulo FJ, Gessner BD, Moïsi JC, Jodar L, Stark JH. Incidence of Lyme Borreliosis in Europe from National Surveillance Systems (2005-2020). Vector Borne Zoonotic Dis. 2023 Apr;23(4):156-171.

²² Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2025 roku, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2024 roku, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2019 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, wstępne dane, www.oid.pzh.gov.pl.

(175,9/100 tys. vs. 151,3/100 tys.). Była to 6. najwyższa wartość wśród wszystkich 20 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych w województwie śląskim (rycina 1).

	PPIS	Zapadalność
1.	Bielsko - Biała	279,4
2.	Bytom	103,2
3.	Chorzów	129,5
4.	Cieszyn	223,3
5.	Częstochowa	91,8
6.	Dąbrowa Górnicza	125,6
7.	Gliwice	167,9
8.	Jaworzno	198,4
9.	Katowice	159,4
10.	Kłobuck	72,8
11.	Lubliniec	111,8
12.	Myszków	86,9
13.	Racibórz	145,5
14.	Ruda Śląska	138,1
15.	Rybnik	105,1
16.	Sosnowiec	59,3
17.	Tychy	175,9
18.	Wodzisław Śląski	176,3
19.	Zawiercie	136,7
20.	Żywiec	203,7
	woj. śląskie	151,3



Ryc. 1. Zapadalność na boreliozę w 2025 roku z podziałem na PSSE województwa śląskiego

Źródło: Raport z działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa śląskiego, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach, Katowice 2025

Zgodnie z danymi Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tychach w roku 2025 w powiecie pszczyńskim zgłoszono 182 przypadki zachorowań na Boreliozę z Lyme, co przekłada się na zapadalność na poziomie 164,62/100 tys. ludności. W roku poprzednim (2024) były to 102 przypadki, zatem odnotowano w tym okresie ponad 78% wzrost w zakresie liczby rozpoznań boreliozy. W Gminie Goczałkowice-Zdrój, zarówno w roku 2025, jak w roku 2024, odnotowano po 12 przypadków Boreliozy z Lyme. W roku 2025 zapadalność na tę chorobę wyniosła w gminie 179,43/100 tys. – była to wartość znacznie wyższa w porównaniu do województwa śląskiego w analogicznym okresie (151,3/100 tys.) oraz powiatu pszczyńskiego (164,62/100 tys.). Analiza danych za lata 2021-2025 wyraźnie wskazuje na trend wzrostowy w zakresie rozpowszechnienia boreliozy, zarówno w Gminie Goczałkowice-Zdrój, jak i w powiecie pszczyńskim. Szczegółowe dane

przedstawiono w tabeli I.

Tab. I. Rozpowszechnienie boreliozy w powiecie pszczyńskim i w Gminie Goczałkowice-Zdrój w latach 2021-2025

Rok	Powiat pszczyński		Gmina Goczałkowice-Zdrój	
	Liczba przypadków	Zapadalność na 100 tys. ludności	Liczba przypadków	Zapadalność na 100 tys. ludności
2021	0	0,00	0	0,00
2022	9	8,11	0	0,00
2023	104	93,88	11	166,08
2024	102	92,12	12	165,12
2025	182	164,62	12	179,43

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych PSSE w Tychach

3. Opis obecnego postępowania

Ogromnym problemem, zarówno medycznym, jak i społecznym, jest brak szczepionki przeciwko boreliozie. Dodatkowym utrudnieniem jest ograniczony dostęp do diagnostycznych świadczeń gwarantowanych w tym zakresie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Lekarz POZ nawet przy widocznym rumieniu lub podejrzeniu boreliozy w oparciu o zaobserwowane u pacjenta objawy, nie może obecnie wystawić mu skierowania na refundowane badania wykrywające boreliozę. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych²³ wystąpienie typowego rumienia wędrującego po ukłuciu przez kleszcza nie wymaga diagnostyki laboratoryjnej (wykonywania badań serologicznych). Wystąpienie typowego rumienia wędrującego jest wskazaniem do natychmiastowej antybiotykoterapii, którą to może zlecić lekarz POZ. Testy diagnostyczne (serologiczne) w kierunku zachorowań na boreliozę z Lyme stanowią część gwarantowanych świadczeń medycznych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁴. Aby badania te wykonać, pacjent w pierwszej kolejności uzyskuje skierowanie od lekarza POZ do lekarza specjalisty ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a następnie, o ile uzasadnione jest to jego stanem zdrowia, otrzymuje od tego lekarza skierowanie na same testy diagnostyczne w zakresie oznaczenia przeciwciał. Zakres badań diagnostycznych obejmuje: *Borrelia burgdorferi* (Lyme) IgG

²³ Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme, zalecenia Polskiego Towarzystwa... op. cit.

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].

przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG), Borrelia burgdorferi (Lyme) przeciwciała IgG – test potwierdzający, Borrelia burgdorferi (Lyme) przeciwciała IgM (anty-B.burgdorferi IgM), Borrelia burgdorferi (Lyme) przeciwciała IgM – test potwierdzający, Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG/IgM przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG/IgM), Borrelia burgdorferi (Lyme) przeciwciała IgG/IgM – test potwierdzający, Borrelia afzelli przeciwciała IgG, Borrelia afzelli przeciwciała IgM, Borrelia przeciwciała (całkowite).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu²⁵ podejrzenie, rozpoznanie lub zgon z powodu boreliozy z Lyme, wymaga zgłoszenia przez lekarza do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby, u której powzięto podejrzenie lub rozpoznano zakażenie. Jednym z zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) jest także inicjowanie, organizowanie, prowadzenie, koordynowanie i nadzorowanie działalności oświatowo-zdrowotnej w celu kształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych, w tym także w kontekście problemu chorób odkleszczowych. PIS informuje m.in. na temat potencjalnych zagrożeń z nimi związanych i sposobów zapobiegania. Rozpowszechniane są materiały informacyjne w postaci ulotek czy komunikatów na stronach internetowych stacji sanitarno-epidemiologicznych i Głównego Inspektoratu Sanitarnego²⁶.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Systematyczny wzrost liczby zachorowań na boreliozę, przy jednoczesnym braku możliwości stosowania profilaktyki swoistej w postaci szczepień ochronnych, powoduje, że choroba ta nabiera coraz większego znaczenia zarówno w wymiarze medycznym, jak i społecznym. Uzasadnieniem dla wdrożenia programu są wnioski płynące z danych epidemiologicznych – rozpowszechnienie boreliozy w Gminie Goczałkowice-Zdrój jest znacznie wyższe w porównaniu z powiatem pszczyńskim oraz województwem śląskim. Ponadto, w ostatnich latach obserwuje się wyraźną dynamikę wzrostu liczby przypadków boreliozy w całym regionie, co jednoznacznie wskazuje na

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1045].

²⁶ Profilaktyka chorób odkleszczowych (borelioza), Raport w sprawie zalecanych technologii... op. cit.

narastający problem epidemiologiczny i potrzebę wdrożenia skoordynowanych działań profilaktycznych.

Na wzrost liczby zakażeń wpływają m.in. zmiany klimatyczne sprzyjające wydłużeniu sezonu aktywności kleszczy, zwiększenie powierzchni terenów zielonych w otoczeniu zamieszkałym przez ludzi, a także zmiany stylu życia mieszkańców, w tym większa aktywność rekreacyjna na terenach leśnych i podmiejskich. Czynniki te powodują, że ryzyko ekspozycji na kleszcze dotyczy coraz szerszych grup populacji, w tym nie tylko osób zawodowo narażonych (np. leśników, rolników), ale również dzieci, osób starszych oraz mieszkańców korzystających z terenów rekreacyjnych. Pomimo rosnącego narażenia na kontakt z kleszczami oraz szerokiej dostępności piśmiennictwa naukowego i popularnonaukowego, poziom wiedzy społeczeństwa w Polsce dotyczący chorób przenoszonych przez kleszcze, zasad zapobiegania im oraz leczenia pozostaje niewystarczający. W praktyce przekłada się to na niewłaściwe zachowania profilaktyczne, opóźnione rozpoznawanie objawów oraz zbyt późne zgłaszanie się do lekarza. Szczególnie problematyczna jest niska świadomość w zakresie wczesnych objawów boreliozy, takich jak rumień wędrujący, co skutkuje utratą możliwości szybkiego wdrożenia skutecznego leczenia antybiotykowego.

Zasadne jest zatem podejmowanie działań zmierzających do zwiększenia dostępności diagnostyki boreliozy, co stanowi odpowiedź na potrzeby społeczne i przyczyni się do poprawy wykrywalności choroby w populacji objętej programem. W szczególności istotne jest zapewnienie dostępu do diagnostyki osobom z grup zwiększonego ryzyka oraz osobom zgłaszającym niespecyficzne objawy mogące sugerować zakażenie. Wczesna diagnostyka pozwala nie tylko na szybsze wdrożenie leczenia, ale również na ograniczenie rozwoju postaci rozsianych choroby, które wiążą się z poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, w tym zajęciem układu nerwowego, stawów czy serca.

Wdrożenie zaplanowanych w projekcie interwencji stanowić będzie istotne uzupełnienie istniejących świadczeń zdrowotnych i w dłuższej perspektywie wpłynie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców gminy. Program wpisuje się w działania z zakresu zdrowia publicznego ukierunkowane na profilaktykę chorób zakaźnych oraz wczesne wykrywanie schorzeń o istotnym znaczeniu zdrowotnym i społecznym. Dodatkowo może przyczynić się do zmniejszenia obciążenia systemu ochrony zdrowia kosztami leczenia powikłań boreliozy, które są znacznie wyższe niż koszty wczesnej diagnostyki i terapii.

Oczekuje się, że ułatwienie mieszkańcom z grup szczególnego ryzyka dostępu do badań diagnostycznych w kierunku boreliozy poprzez realizację programu polityki zdrowotnej pozwoli na zwiększenie wykrywalności zakażeń oraz wdrożenie procesu terapeutycznego na wczesnym etapie choroby w przypadku wyników pozytywnych. Równocześnie 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.

Dodatkowym efektem realizacji programu będzie kształtowanie trwałych postaw prozdrowotnych, w tym stosowania środków ochrony indywidualnej, właściwego postępowania po ukłuciu przez kleszcza oraz zwiększenia czujności zdrowotnej w zakresie objawów chorób odkleszczowych. Oczekuje się, iż wszystkie podejmowane w programie interwencje przełożą się w perspektywie długookresowej na ograniczenie liczby zakażeń *Borrelia burgdorferi*, zmniejszenie liczby powikłań oraz poprawę jakości życia mieszkańców.

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 2030 r.²⁷: 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 2021-2026²⁸: Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;

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

²⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2026 [Dz.U. 2021 poz. 642 z późn. zm.].

3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego, obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.5. Edukacja zdrowotna w zakresie wpływu czynników środowiskowych;
4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031³⁰: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego, obszar epidemiologia i prognoza epidemiologiczna: 2.4. Działania dotyczące profilaktyki chorób zakaźnych.
5. Wojewódzki plan transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026³¹, obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.5. Edukacja zdrowotna w zakresie wpływu czynników środowiskowych na zdrowie.

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

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

³¹ Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki boreliozy, wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych.

2. Cel szczegółowy

1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia boreliozy wśród co najmniej 70%* personelu medycznego.

2) Zmniejszenie o co najmniej 1%** w okresie trwania całego programu liczby zachorowań na boreliozę wśród osób z terenu realizacji PPZ.

* Przyjęta wartość docelowa na poziomie 70% uczestników osiągających zakładany wzrost wiedzy została określona jako realistyczna i adekwatna do planowanych zakresów interwencji edukacyjnych, liczby godzin zajęć oraz zastosowanych metod dydaktycznych (wykłady, szkolenie). Przyjęcie poziomu 70% stanowi zatem próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględnia możliwość wystąpienia czynników niezależnych od realizatora programu (np. absencja uczestników, różnice w poziomie wyjściowym wiedzy). Osiągnięcie zakładanego poziomu wskaźnika będzie potwierdzeniem skuteczności programu w obszarze zapewnienia odpowiednio wysokiego stanu wiedzy w zakresie boreliozy wśród personelu medycznego oraz mieszkańców uczestniczących w PPZ.

** Przyjęta wartość docelowa na poziomie zmniejszenia o co najmniej 1% w okresie trwania całego programu liczby zachorowań na boreliozę wśród osób z terenu realizacji PPZ została określona jako realistyczna i adekwatna do planowanych zakresów interwencji edukacyjnych. Przyjęcie poziomu 1% stanowi zatem próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględnia możliwość wystąpienia licznych czynników niezależnych od realizatora programu (np. czynniki klimatyczne, czynniki ekologiczne, rosnący dostęp do diagnostyki boreliozy, rosnąca świadomość społeczna). Osiągnięcie zakładanego poziomu wskaźnika będzie potwierdzeniem skuteczności programu w zakresie zmniejszenia rozpowszechnienia boreliozy na terenie realizacji PPZ.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. II. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności (%)
Główny	Odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki boreliozy, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test. (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach)
Szczegółowy	Odsetek uczestników z grupy personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia boreliozy, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test. (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach)
Szczegółowy	Odsetek zachorowań na boreliozę w populacji osób z terenu realizacji PPZ w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu. (Iloraz wszystkich zachorowań z terenu realizacji PPZ w przeciągu trwania programu w stosunku do liczby zachorowań sprzed wprowadzenia realizacji programu. Wynik wyrażony w procentach)

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój, należących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę (osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy, osoby wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami) oraz do osób, u których występują objawy boreliozy z Lyme lub osób z historią ukłucia. W zakresie działań edukacyjnych program skierowany będzie dodatkowo do dzieci/młodzieży ze szkół podstawowych na terenie gminy oraz do personelu medycznego, biorącego udział w szkoleniach. Należy podkreślić, że zgodnie z danymi NIZP-PIB³² cała Polska jest obszarem endemicznym boreliozy, w związku z czym wszyscy mieszkańcy gminy należą do grupy o zwiększonym ryzyku zachorowania na boreliozę. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego³³ populacja mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój liczy 6 688 osób. Ze względu na ograniczone możliwości budżetowe zdecydowano się objąć świadczeniami zdrowotnymi w programie około 140 mieszkańców w całym okresie realizacji. Świadczenia w programie będą realizowane według kolejności zgłoszeń.

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

1) Edukacja

a) Kryteria włączenia:

- miejsce zamieszkania na terenie Gminy Goczałkowice-Zdrój
- w odniesieniu do działań realizowanych w szkołach - status ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie Gminy Goczałkowice-Zdrój

b) Kryteria wyłączenia:

- brak

³² Dane NIZP-PIB, <https://epibaza.pzh.gov.pl/story/borelioza-z-lyme-informacje-ogolne>.

³³ Bank danych lokalnych, bdl.stat.gov.pl (stan na 30.06.2025 r.).

2) Szkolenia dla personelu medycznego

a) Kryteria włączenia:

- personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami (np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej)

b) Kryteria wyłączenia:

- ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat (oświadczenie uczestnika)
- wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim (oświadczenie uczestnika)

3) Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna

A) Wizyta kwalifikująca

a) Kryteria włączenia:

- występowanie objawów boreliozy z Lyme lub historia ukłucia przez kleszcza - przynajmniej jedna odpowiedź „tak” w formularzu kwalifikacyjnym w części A (załącznik 4)
- przebywanie w regionach częstego występowania kleszczy lub wykonywanie zawodów narażających na kontakt z kleszczami - przynajmniej jedna odpowiedź „tak” w formularzu kwalifikacyjnym w części B (załącznik 4)
- miejsce zamieszkania na terenie Gminy Goczałkowice-Zdrój (oświadczenie uczestnika)
- dobrowolna zgoda na udział w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- dostęp do świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki boreliozy w ramach finansowania NFZ (pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej w związku z trwającym procesem diagnozy lub terapii boreliozy)
- udział w danym roku kalendarzowym w innym programie w zakresie profilaktyki boreliozy np. realizowanym przez inną jednostkę samorządu terytorialnego,

Ministra Zdrowia, organizację pozarządową lub inny podmiot (oświadczenie uczestnika)

B) Badania diagnostyczne

a) Kryteria włączenia:

- spełnianie kryteriów włączenia do lekarskiej wizyty kwalifikującej
- brak kryteriów wyłączenia z lekarskiej wizyty kwalifikującej
- stwierdzenie podczas lekarskiej wizyty kwalifikującej objawów boreliozy z Lyme, innych niż rumień wędrujący, sugerujących obecność aktywnego zakażenia krętkami *Borrelia burgdorferi* wraz z prawdopodobną historią ukłucia przez kleszcze

b) Kryteria wyłączenia:

- stwierdzenie podczas lekarskiej wizyty kwalifikującej objawu boreliozy z Lyme w postaci rumienia wędrującego

C) Wizyta kontrolna

a) Kryteria włączenia:

- wykonane badania diagnostyczne w programie

b) Kryteria wyłączenia: brak

3. Planowane interwencje

1) Edukacja

- realizowana przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego doświadczenie w przeprowadzaniu działań edukacyjnych dot. chorób odkleszczowych,
- obejmująca kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie świadomości populacji mieszkańców gminy nt. profilaktyki boreliozy, poruszającą następujące tematy:
 - epidemiologia, objawy kliniczne, możliwy przebieg, postaci boreliozy, diagnostyka i metody leczenia, a także inne choroby odkleszczowe,
 - główne czynniki zwiększające ryzyko zakażenia boreliozą z Lyme, np. obszary występowania kleszczy, wykonywanie pracy zawodowej na

świeżym powietrzu, ekspozycja na pokłucie przez kleszcza podczas 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), okresy roku, w których kleszcze są najbardziej aktywne (kwiecień-listopad),

- sposoby ochrony przed kleszczami: 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), konieczność kąpieli lub prysznica po powrocie z terenów zielonych, konieczność 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),
- sposoby ograniczenia przenoszenia chorób odkleszczowych w gospodarstwach domowych, takie jak: usuwanie zarośli i ściółki liściowej, koszenie trawy, usuwanie stosów liści lub drewna, tworzenie strefy buforowej zrębków lub żwiru między lasem a trawnikiem,
- sposoby postępowania w przypadku ukłucia przez kleszcza: metody 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, omówienie znaczenia szybkiego usunięcia kleszcza);
- realizowana przez personel medyczny udzielający świadczeń w ramach PPZ, przekazujący pacjentom informacje na temat programu oraz korzyści płynących z udziału w nim;

- realizowana za pomocą metod podających tj. materiałów edukacyjno-informacyjnych opracowanych w formie papierowej i/lub elektronicznej (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w mediach społecznościowych, posty na stronie internetowej Urzędu Gminy Goczałkowice-Zdrój, 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;
- realizowana z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje oraz ekspertów zajmujących 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 Sanitarno-Epidemiologiczne, podcasty udostępniane przez ekspertów – specjalistów w obszarze profilaktyki, diagnostyki i terapii boreliozy);
- realizowana z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu;
- realizowana w ramach indywidualnej edukacji zdrowotnej podczas lekarskiej wizyty kwalifikującej;
- realizowana w formie wykładów dla dzieci/młodzieży w szkołach podstawowych na terenie gminy, zgodnie z poniższymi założeniami:
 - 3 wykłady w całym okresie realizacji programu (1 wykład rocznie),
 - wykłady trwające co najmniej 45 min,
 - wykłady mające na celu zapoznanie uczestników z założeniami PPZ oraz zwiększenie ich świadomości nt. profilaktyki boreliozy, zgodnie z opisaną wyżej tematyką,
 - wykłady obejmujące przekazanie uczestnikom informacji o możliwości pogłębienia wiedzy w przedmiotowym temacie dzięki ogólnodostępnym materiałom edukacyjnym (np. infografiki, podcasty, webinary) – wraz ze wskazaniem rzetelnych źródeł tych materiałów (w tym przekazanie poprzez wiadomości e-mail linków do ww. materiałów wszystkim szkołom podstawowym w gminie z zachęceniem do ich dalszego przekazania młodzieży poprzez dzienniki elektroniczne),

- wykłady obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed wykładem oraz post-testu po wykładzie, uwzględniającego co najmniej 5 pytań zamkniętych (wzór - załącznik 2).

2) Szkolenia dla personelu medycznego:

- realizowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy („eksperta”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu (optymalnie: spełniający powyższe kryteria lekarz ze specjalizacją w dziedzinie chorób zakaźnych),
- realizowane corocznie w formie szkolenia trwającego co najmniej 3 godziny dydaktyczne, tj. 135 minut,
- realizowane w formie dostosowanej do potrzeb personelu medycznego (np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje),
- obejmujące zapoznanie personelu medycznego z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki laboratoryjnej, interpretacji wyników oraz leczenia boreliozy,
- obejmujące następującą tematykę: kryteria rozpoznania boreliozy (objawy kliniczne oraz potwierdzenie serologiczne), interpretacja wyników testów IgM i IgG, diagnostyka i leczenie boreliozy zgodnie z obowiązującą wiedzą EBM, diagnostyka różnicowa, szczególnie z uwzględnieniem objawów stawowych i neurologicznych,
- obejmujące ujęcie analizy przypadków pacjentów w celu wskazania prawidłowego postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadkach budzących wątpliwości,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego co najmniej 10 pytań zamkniętych (wzór - załącznik 3).

3) Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna

A) Wizyta kwalifikująca

- poprzedzona wstępną kwalifikacją do PPZ przeprowadzoną przez pielęgniarkę lub koordynatora medycznego,
- realizowana przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy,
- uwzględniająca wywiad obejmujący ocenę ryzyka narażenia na kontakt z kleszczami, historię ukłucia 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 w przypadku występowania innych niż rumień wędrujący objawów boreliozy,
- obejmująca indywidualną edukację zdrowotną w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki boreliozy wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego co najmniej 5 pytań zamkniętych (wzór testu – załącznik 2).

B) Badania diagnostyczne

- obejmujące test ELISA w klasie IgM i w klasie IgG,
- w przypadku konieczności diagnostyki dwuetapowej – obejmujące test potwierdzający techniką Western-blot w klasie IgM i/lub w klasie IgG.

C) Wizyta kontrolna

- realizowana przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy,
- uwzględniająca przekazanie pacjentowi wyniku badania,
- w przypadku wyniku pozytywnego - obejmująca poinformowanie pacjenta na temat dalszego postępowania (np. rozpoczęcia antybiotykoterapii i skierowania

do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia) oraz przekazanie/udostępnienie pacjentowi materiałów edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, w tym boreliozy,

- w przypadku wyniku negatywnego - obejmująca przekazanie/udostępnienie pacjentowi materiałów edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, w tym boreliozy.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). W ostatnim dniu udzielania świadczeń w programie pacjentowi należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika (załącznik 5).

3.3. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji naukowych, a także zgodne z oceną technologii medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zawartą w Rekomendacji nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (borelioza)³⁴.

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 konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Edukacja prowadzona będzie na terenie gminy, zgodnie z założeniami opisanymi w punkcie dot. planowanych interwencji. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna (wizyty kwalifikujące, badania diagnostyczne, wizyty kontrolne) będzie realizowana 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

³⁴ Rekomendacja nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji... op. cit.

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 spoza grup ryzyka, ich udział w programie kończy się wraz z zakończeniem edukacji;
- w przypadku osób, które w trakcie wizyty kwalifikującej nie zostaną zakwalifikowane do badania diagnostycznego, ich udział w programie kończy się na tym etapie, a uczestnik otrzymuje materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych w tym boreliozy;
- w przypadku osób, u których w trakcie wizyty kwalifikującej zostanie zdiagnozowana borelioza na podstawie obecności rumienia wędrującego, ich udział kończy się na tym etapie, a uczestnik otrzymuje zalecenia dotyczące antybiotykoterapii oraz skierowanie do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia;
- w przypadku osób z pozytywnym wynikiem dwuetapowej diagnostyki serologicznej udział kończy się po wizycie kontrolnej, podczas której uczestnik otrzyma materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych w tym boreliozy, zalecenia dotyczące antybiotykoterapii oraz skierowanie do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia;
- w przypadku osób z negatywnym wynikiem dwuetapowej diagnostyki serologicznej udział kończy się po wizycie kontrolnej, podczas której uczestnik otrzyma materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych w tym boreliozy;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia dotyczące dalszego postępowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2026);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia zgodności PPZ z właściwą rekomendacją (III kwartał 2026);
- 3) uchwalenie PPZ przez organ uchwałodawczy (III kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej, tj. wyłonienie realizatora lub realizatorów PPZ, spełniających warunki określone w dalszej części PPZ (III kwartał 2026);
- 5) podpisanie umów na realizację programu (III kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2028)
 - realizacja działań informacyjno-promocyjnych;
 - realizacja zaplanowanych interwencji: edukacji, szkoleń dla personelu medycznego, interwencji diagnostyczno-terapeutycznych (wizyt kwalifikujących, badań diagnostycznych oraz wizyt kontrolnych);
 - bieżące monitorowanie realizacji PPZ;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2028);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2028);
- 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 2029).

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

Program finansowany będzie ze środków własnych Gminy Goczałkowice-Zdrój przy ewentualnym udziale środków pozyskanych z innych źródeł. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2026 poz. 156),

- zapewnienie realizacji świadczeń zdrowotnych w programie na terenie powiatu pszczyńskiego,
- zapewnienie realizacji edukacji przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego doświadczenie przeprowadzenia działań edukacyjnych dot. chorób odkleszczowych,
- zapewnienie prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy („eksperta”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu (optymalnie: spełniający powyższe kryteria lekarz ze specjalizacją w dziedzinie chorób zakaźnych),
- zapewnienie realizacji wstępnej kwalifikacji do programu przez pielęgniarkę lub koordynatora medycznego,
- zapewnienie realizacji wizyty kwalifikującej i kontrolnej przez lekarza posiadającego 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.
- dodatkowo realizator będzie zobowiązany do prowadzenia na bieżąco elektronicznej bazy danych o uczestnikach PPZ z w arkuszu Excel zawierającym dane, o których mowa w załączniku nr 1 do PPZ, a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 5).

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 udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do

prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto realizator będzie przekazywał Urzędowi Gminy Goczałkowice-Zdrój sprawozdania okresowe - miesięczne, a także sporządzi sprawozdanie końcowe - roczne z przeprowadzonych interwencji (załącznik 6). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. 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 także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany 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 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

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu jego przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie prowadzone na bieżąco i zostanie zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Będzie uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

Zaplanowano następujące wskaźniki monitorowania:

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej,
- liczba osób, które zostały poddane edukacji,
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne,
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie kwalifikującej,
- liczba osób, które wzięły udział w badaniach diagnostycznych,
- 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 Western-blot, wraz z wynikiem tego testu (dodatni, ujemny, niejednoznaczny),
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie kontrolnej,
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów,
- liczba osób, które zrezygnowały 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 5),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie przeprowadzona po zakończeniu realizacji programu i będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu. W ewaluacji wykorzystane zostaną wszystkie zdefiniowane wcześniej mierniki efektywności odpowiadające celom PPZ. Wynik ewaluacji zostanie przedstawiony w raporcie końcowym z realizacji PPZ. W ramach ewaluacji w raporcie znajdzie się odniesienie do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel zostanie uznany za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania będzie równa lub przekroczy wskazaną w celu wartość docelową.

Zaplanowano następujące wskaźniki ewaluacji:

- odsetek uczestników programu, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie profilaktyki boreliozy,
- odsetek uczestników z grupy personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia boreliozy,
- odsetek osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy na podstawie występowania objawu w postaci rumienia wędrującego, podczas wizyty kwalifikującej,
- odsetek osób z pozytywnym wynikiem badania serologicznego w kierunku boreliozy z Lyme,
- odsetek osób, u których doszło do zachorowania na boreliozę w populacji osób z terenu realizacji PPZ w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ przedstawione w projekcie są szacunkowe. Faktyczne koszty wynikały będą z ofert złożonych przez podmioty lecznicze, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

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

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Edukacja – wykład w szkole podstawowej	1 000,00
2. Szkolenie dla personelu medycznego	3 000,00
3. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – lekarska wizyta kwalifikująca	235,00
4. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – pobranie materiału do badań i testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	125,00
5. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – pobranie materiału do badań i testy diagnostyczne (testy potwierdzające techniką Immunoblot)	125,00
6. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – wizyta kontrolna	235,00

Wizyty kwalifikujące w programie, w związku z ograniczeniami finansowymi, obejmą ok. 140 osób. Należy zaznaczyć, że na potrzeby zaplanowania programu i oszacowania budżetu założono, bazując na ograniczonych danych epidemiologicznych oraz doświadczeniu z realizacji PPZ przez inne jednostki samorządu terytorialnego, że konieczność wykonania podstawowych testów diagnostycznych dotyczyła będzie ok. 80% pacjentów biorących udział w wizycie kwalifikującej, natomiast testów potwierdzających – ok. 30% pacjentów, u których wykonano testy podstawowe. W praktyce może być to wyższy odsetek. Program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu. Szkolenie dla personelu medycznego zaplanowano wyłącznie w pierwszym roku realizacji, ponieważ zakłada się wyłonienie jednego realizatora na cały okres realizacji programu.

2. Planowane koszty całkowite

Tab. IV. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne interwencje

Rok	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Edukacja – wykład w szkole podstawowej	1	1 100,00	1 100,00
2. Szkolenie dla personelu medycznego	1	3 000,00	3 000,00
3. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – lekarska wizyta kwalifikująca	20	235,00	4 700,00
4. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – pobranie materiału do badań i testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	16	125	2 000,00
5. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – pobranie materiału do badań i testy diagnostyczne (testy potwierdzające techniką Immunoblot)	5	125	625,00
6. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – wizyta kontrolna	16	235,00	3 760,00
7. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)	1	3 000,00	3 000,00
Razem w roku 2026	--	--	18 185,00
1. Edukacja – wykład w szkole podstawowej	1	1 100,00	1 100,00
2. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – lekarska wizyta kwalifikująca	60	235,00	14 100,00
3. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – pobranie materiału do badań i testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	48	125	6 000,00
4. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – pobranie materiału do badań i testy diagnostyczne (testy potwierdzające techniką Immunoblot)	14	125	1 750,00
5. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – wizyta kontrolna	48	235,00	11 280,00
6. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)	1	3 000,00	3 000,00
Razem w roku 2027	--	--	37 230,00

Rok	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Edukacja – wykład w szkole podstawowej	1	1 100,00	1 100,00
2. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – lekarska wizyta kwalifikująca	60	235,00	14 100,00
3. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – pobranie materiału do badań i testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	48	125	6 000,00
4. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – pobranie materiału do badań i testy diagnostyczne (testy potwierdzające techniką Immunoblot)	14	125	1 750,00
5. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna – wizyta kontrolna	48	235,00	11 280,00
6. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)	1	3 000,00	3 000,00
Razem w roku 2028	--	--	37 230,00
Razem w latach 2026-2028			92 645,00

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 92 645 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Goczałkowice-Zdrój, a także z uwagi na zmiany cen usług zdrowotnych 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.

3. Źródło finansowania

Program jest w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Goczałkowice-Zdrój. Gmina w latach 2027-2028 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie przez Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 r. poz. 9], a także o dofinansowanie z innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia

1. Badania boreliozy metodą Real Time PCR, Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, www.gov.pl.
2. Bakken L.L., Coyle P.K., Liegner K.B.: Diagnostik der Lyme-Borreliose — Eine Zusammenstellung. Immunol. In-vest. 1997;26(1–2):117–128.
3. Bank danych lokalnych, bdl.stat.gov.pl.
4. Borchers AT, Keen CL, Huntley AC, Gershwin ME, Lyme disease: A rigorous review of diagnostic criteria and treatment. J Autoimmun. 2014; 57: 82–11
5. Burgdorfer W.; Barbour A. G.; Hayes S. F.; Benach J. L.; Grunwaldt E.; Davis J. P.: Lyme disease –A tick-borne spirochetosis? Science 216, 1982: 1317–1319.
6. Burn L, Tran TMP, Pilz A, Vyse A, Fletcher MA, Angulo FJ, Gessner BD, Moïsi JC, Jodar L, Stark JH. Incidence of Lyme Borreliosis in Europe from National Surveillance Systems (2005-2020). Vector Borne Zoonotic Dis. 2023 Apr;23(4):156-171.
7. Cairns V, Godwin J, Post-Lyme borreliosis syndrome: a meta-analysis of reported symptoms. Int J Epidemiol. 2005; 34: 1340–1345
8. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2025 roku, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2024 roku, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2019 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, wstępne dane, wwwold.pzh.gov.pl.
9. Dane NIZP-PIB, <https://epibaza.pzh.gov.pl/story/borelioza-z-lyme-informacje-ogolne>.
10. Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme, zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, www.przeglepidemiol.pzh.gov.pl.
11. Gąsiorowski J, Diagnostyka boreliozy, Medycyna pracy, 2007, 58 (5): 439-447.
12. Moniuszko A, Pancewicz S, Czupryna P et al.: Erythema migrans jako patognomoniczny objaw choroby z Lyme. Pol Merkur Lekarski 2013; 35: 230–232.
13. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
14. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]
15. Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026.
16. Pancewicz S, Borelioza z Lyme – zasady rozpoznawania i leczenia, Pediatr Med Rodz 2014, 10 (2): 163–173.
17. Profilaktyka chorób odkleszczowych (borelioza), Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, Raport nr: OT.434.2.2025, AOTMiT, Warszawa, kwiecień 2025.
18. Raport końcowy zawierający trendy i prognozy umieralności 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.

19. Raport z działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa śląskiego, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach, Katowice 2025.
20. 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.
21. Rekomendacja nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (borelioza), bip.aotm.gov.pl.
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1045].
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2026 [Dz.U. 2021 poz. 642 z późn. zm.].
25. 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.
26. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., www.gov.pl.
27. Wojciechowska-Koszko I., Mnichowska-Polanowska M., serologiczna diagnostyka boreliozy z Lyme w praktyce laboratoryjnej, *Post. Mikrobiol.*, 2015, 54, 3, 283–290.
28. Wytyczne do profilaktyki i rozpoznawania w chorobach zawodowych – borelioza, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, npz.net.pl.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój na lata 2026-2028” (wzór)

1. Dane osoby kierowanej do Programu

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

2. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w programie, wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny ze wzorem stosowanym przez realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz wzór klauzuli informacyjnej (RODO)

.....
(data i podpis uczestnika programu)

3. Lekarska wizyta kwalifikująca

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

Działanie	Informacja dla celów monitoringu/ewaluacji
1. Diagnoza boreliozy z Lyme na podstawie występowania objawu w postaci rumienia wędrującego	☐ tak ☐ nie
2. Zalecenie antybiotykoterapii	☐ tak ☐ nie
3. Kwalifikacja do badań diagnostycznych	☐ tak ☐ nie
4. Edukacja zdrowotna pacjenta	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w post-teście (min. 75% poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie

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

4. 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 Western-blot w klasie IgM		
3. Test potwierdzający techniką Western-blot w klasie IgG		

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

5. Lekarska wizyta kontrolna

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

Działanie	Informacja dla celów ewaluacji
1. Diagnoza boreliozy z Lyme	☐ tak ☐ nie
2. Zalecenie antybiotykoterapii	☐ tak ☐ nie
3. Skierowane na dalszą diagnostykę lub leczenie poza programem	☐ tak ☐ nie

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

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

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój na lata 2026-2028” (wzór)

1. Borelioza jest chorobą zakaźną wywoływaną przez:

- a. Wirusa z rodziny Flaviviridae
- b. Bakterie z rodzaju Borrelia
- c. Pasożyty z rodzaju Ixodes
- d. Grzyby z rodzaju Candida

2. Główną drogą zakażenia boreliozą jest:

- a. Pokłucie przez zakażonego kleszcza
- b. Kontakt z osobą chorą
- c. Spożycie zakażonej żywności
- d. Ukąszenie przez komara

3. Charakterystycznym, wczesnym objawem boreliozy jest:

- a. Wysoka gorączka i dreszcze
- b. Rumień wędrujący w miejscu ukłucia
- c. Obrzęk węzłów chłonnych szyi
- d. Ból gardła i kaszel

4. Po zauważeniu kleszcza wczepionego w skórę należy:

- a. Poczekać, aż sam odpadnie
- b. Usunąć go pęsetą i zdezynfekować miejsce ukłucia
- c. Posmarować tłuszczem i alkoholem
- d. Przykleić plaster i pozostawić na 24 godziny

5. W jaki sposób można zmniejszyć ryzyko zakażenia boreliozą podczas przebywania w lesie lub na łące?

- a. Nosząc jasne ubranie z długimi rękawami i nogawkami
- b. Stosując repelenty zawierające DEET lub ikarydynę
- c. Oglądając ciało po powrocie z terenu zielonego
- d. Wszystkie powyższe

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika szkolenia dla personelu medycznego w ramach PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój na lata 2026-2028” (wzór)

1. Który z poniższych objawów stanowi jedyny objaw swoisty boreliozy z Lyme, pozwalający na rozpoznanie choroby bez wykonywania badań serologicznych?

- a. gorączka i dreszcze
- b. rumień wędrujący o średnicy >5 cm
- c. bóle stawów o charakterze wędrującym
- d. dodatni wynik IgM w teście ELISA

2. Które stwierdzenie dotyczące diagnostyki serologicznej boreliozy jest prawidłowe?

- a. dodatni wynik IgM zawsze świadczy o aktywnym zakażeniu
- b. badania serologiczne są zalecane u każdego pacjenta z rumieniem wędrującym
- c. standardowe testy przesiewowe charakteryzują się wysoką czułością i niską swoistością
- d. test western-blot stosuje się wyłącznie jako test przesiewowy

3. Który z poniższych objawów jest najbardziej typowy dla II stadium boreliozy?

- a. zanikowe zapalenie skóry kończyn
- b. rumień wędrujący
- c. porażenie nerwu twarzowego
- d. przewlekłe zapalenie stawów kolanowych

4. W jakim okresie najczęściej dochodzi do ujawnienia objawów III stadium boreliozy?

- a. do 4 tygodni od ukłucia
- b. 1–3 miesiące po zakażeniu
- c. kilka miesięcy do kilku lat po zakażeniu
- d. wyłącznie w ciągu pierwszego roku od zakażenia

5. Antybiotykooporne boreliozowe zapalenie stawów rozpoznaje się, gdy objawy utrzymują się:

- a. powyżej 6 tygodni od ukłucia
- b. powyżej 3 miesięcy od zakończenia antybiotykoterapii
- c. powyżej 3 miesięcy od rozpoczęcia antybiotykoterapii
- d. niezależnie od czasu leczenia, jeśli IgG pozostaje dodatnie

6. Zespół poboreliozowy dotyczy około:

- a. 1% pacjentów
- b. 5% pacjentów
- c. 15% pacjentów
- d. 30% pacjentów

7. Które stwierdzenie dotyczące leczenia boreliozy jest zgodne z aktualną wiedzą EBM?

- a. leczenie trwa zawsze minimum 6 tygodni
- b. antybiotykoterapia powinna być powtarzana do normalizacji przeciwciał
- c. rokowanie w prawidłowo leczonej boreliozie jest na ogół dobre
- d. neuroborelioza zawsze prowadzi do trwałych następstw neurologicznych

8. U jakiej grupy pacjentów można rozważyć profilaktykę poekspozycyjną doksycykliną?

- a. u każdego pacjenta po pojedynczym ukłuciu kleszcza
- b. u dzieci po ekspozycji na kleszcze
- c. u dorosłych po mnogich ukłuciach na terenie endemicznym
- d. wyłącznie u pacjentów z dodatnim wynikiem IgM

9. Największa liczba zachorowań na boreliozę w Polsce przypada na okres:

- a. styczeń–marzec
- b. kwiecień–maj
- c. czerwiec–lipiec
- d. listopad–grudzień

10. Głównym problemem diagnostycznym boreliozy jest:

- a. brak dostępnych badań laboratoryjnych
- b. niska czułość testów serologicznych
- c. podobieństwo objawów do innych chorób
- d. krótki czas trwania objawów klinicznych

Załącznik 4

Kwestionariusz ankiety kwalifikującej do uczestnictwa w INTERWENCJI DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEJ: WIZYTA KWALIFIKUJĄCA w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój na lata 2026-2028”

(wzór)

Płeć (K/M)		Data przeprowadzenia wywiadu kwalifikującego
Wiek		 / /
Nr badania		(dzień/miesiąc/rok)
Miejsce zamieszkania		

Oświadczam, że:

- 1) Nie znajduję się pod opieką poradni specjalistycznej w związku z trwającym procesem diagnozy lub terapii boreliozy.
- 2) W obecnym roku kalendarzowym nie brałem udziału w innym programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy np. realizowanym przez inną jednostkę samorządu terytorialnego, Ministra Zdrowia.

.....
(data i podpis uczestnika programu*)

**w przypadku uczestników niepełnoletnich zgoda rodzica lub opiekuna prawnego*

	TAK	NIE
Część A		
Czy ma Pan/Pani następujące objawy:		
Gorączka		
• Bóle kostno-stawowe		
• Zawroty głowy		
• Podwójne widzenie		
• Bóle głowy		
• Wymioty, nudności		
• Sztywność stawów		
• Problemy z koncentracją		
• Sztywność karku		
• Trudności z koncentracją, formułowaniem wypowiedzi lub doborem słów		
• Zaburzenia nastroju		
Czy pamięta Pan/Pani ukąszenie kleszcza?		
LICZBA UZYSKANYCH ODPOWIEDZI		
Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na pytania w części A w co najmniej jednym miejscu odpowiedziały TAK		

Część B			
Czy przebywa Pan/Pani często na otwartej przestrzeni?			
Czy ma Pan/Pani zwierzę domowe przebywające często poza domem (pies, kot, królik)?			
Czy wykonuje Pan/Pani jeden z podanych poniżej zawodów lub czy ma Pan/Pani jedno z podanych poniżej hobby:			
• leśnik			
• rolnik			
• myśliwy			
• działkowicz			
• grzybiarz			
• inny, wymagający pracy w terenie zadrzewionym lub zakrzewionym, jakie?			
LICZBA UZYSKANYCH ODPOWIEDZI			
Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na pytania w części B w co najmniej jednym miejscu odpowiedziały TAK			

Kwalifikacja do uczestnictwa w lekarskiej wizycie kwalifikującej	Pieczęć placówki	Podpis osoby uprawnionej przez realizatora PPZ
TAK/NIE*		

* *niewłaściwe skreślić*

Załącznik 5

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój na lata 2026-2028” (wzór)

1. Czy udział w programie spełnił Pana/Pani 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/ Pani przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki boreliozy?

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

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

3. Jak ocenia Pan/ Pani 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

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój na lata 2026-2028” (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

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjno-edukacyjnej	
Monitoring	
Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	
Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjnym	
Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne	
Liczba osób, które wzięły udział w wizycie kwalifikującej	
Liczba osób, które wzięły udział w badaniach diagnostycznych	
Liczba osób poddanych badaniom serologicznym w kierunku boreliozy z Lyme, w tym:	
- liczba osób, u których przeprowadzono test ELISA, w tym:	
- liczba wyników dodatnich	
- liczba wyników ujemnych	
- liczba wyników niejednoznacznych	
- liczba osób, u których przeprowadzono test Western-blot, w tym:	
- liczba wyników dodatnich	
- liczba wyników ujemnych	
- liczba wyników niejednoznacznych	
Liczba osób, które wzięły udział w wizycie kontrolnej	
Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału	
Wyniki ankiety satysfakcji*	

Ewaluacja	
Odsetek uczestników programu, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie profilaktyki boreliozy	
Odsetek uczestników z grupy personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia boreliozy,	
Odsetek osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy na podstawie występowania objawu w postaci rumienia wędrującego, podczas wizyty kwalifikującej,	
Odsetek osób z pozytywnym wynikiem badania serologicznego w kierunku boreliozy z Lyme,	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Realizatora)

Uzasadnienie

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój na lata 2026–2028 został opracowany w odpowiedzi na narastający problem epidemiologiczny związany ze wzrostem zachorowań na boreliozę. Dane epidemiologiczne wskazują, że zapadalność na boreliozę na terenie Gminy Goczałkowice-Zdrój jest wyższa niż średnia dla województwa śląskiego oraz powiatu pszczyńskiego. Jednocześnie, wobec braku dostępnej szczepionki przeciw boreliozie, kluczowe znaczenie mają działania profilaktyczne, edukacyjne oraz zapewnienie mieszkańcom dostępu do wczesnej diagnostyki.

Program będzie realizowany w latach 2026–2028 i jest zgodny z Rekomendacją nr 43/2025 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącą profilaktyki chorób odkleszczowych. Jego głównym celem jest zwiększenie poziomu wiedzy mieszkańców na temat profilaktyki boreliozy oraz ograniczenie liczby zachorowań poprzez działania edukacyjne i umożliwienie wczesnego wykrywania zakażeń.

Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Goczałkowice-Zdrój należących do grup podwyższonego ryzyka zachorowania, w szczególności osób wykonujących zawody związane z częstym przebywaniem na terenach występowania kleszczy, osób z historią ukłucia przez kleszcza lub objawami mogącymi sugerować boreliozę. Działaniami edukacyjnymi objęci zostaną również uczniowie szkół podstawowych oraz personel medyczny. Świadczeniami diagnostycznymi objętych zostanie około 140 mieszkańców w całym okresie realizacji programu, według kolejności zgłoszeń.

Warunkiem udziału w części diagnostycznej programu będzie jednocześnie spełnienie kryteriów obejmujących zamieszkanie na terenie Gminy Goczałkowice-Zdrój, występowanie objawów boreliozy lub historii ukłucia przez kleszcza oraz zwiększone ryzyko narażenia na kontakt z kleszczami, a także wyrażenie zgody na udział w programie. Z udziału wyłączone zostaną osoby korzystające już z diagnostyki lub leczenia boreliozy finansowanych przez NFZ oraz osoby uczestniczące w tym samym roku w innym programie profilaktyki boreliozy. Badania diagnostyczne będą wykonywane wyłącznie u osób, u których lekarz podczas wizyty kwalifikacyjnej stwierdzi wskazania do dalszej diagnostyki zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami medycznymi.

Program obejmuje trzy podstawowe obszary działań:

- edukację zdrowotną mieszkańców, dzieci i młodzieży oraz kampanię informacyjno-promocyjną dotyczącą profilaktyki chorób odkleszczowych,

- szkolenia dla personelu medycznego w zakresie aktualnych zasad profilaktyki, diagnostyki i leczenia boreliozy,

- interwencję diagnostyczno-terapeutyczną obejmującą wizytę kwalifikacyjną, wykonanie badań laboratoryjnych (test ELISA, a w uzasadnionych przypadkach test Western blot) oraz wizytę kontrolną z omówieniem wyników i przekazaniem zaleceń dotyczących dalszego leczenia w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ.

Realizacja programu przyczyni się do zwiększenia świadomości zdrowotnej mieszkańców, poprawy dostępności do diagnostyki boreliozy dla osób z grup ryzyka, wcześniejszego wykrywania zakażeń oraz ograniczenia ryzyka rozwoju powikłań choroby. W dłuższej perspektywie działania te powinny wpłynąć na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców oraz zmniejszenie społecznych i ekonomicznych skutków zachorowań na boreliozę