

**UCHWAŁA NR
RADY MIASTA USTROŃ**

z dnia 2025 r.

w sprawie przyjęcia "Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2026-2030".

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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r., poz.1153) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1, art. 48a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r. poz. 1461),

Rada Miasta Ustroń uchwala:

§ 1.

Przyjąć "Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2026-2030"- stanowiący załącznik do Uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Ustroń.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

RADCA PRÁVNY
[Podpis]
Wojciech



Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2026-2030

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

Ustroń 2025

Nazwa programu

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2026-2030

Zakres działań kierowanych w programie do mieszkańców Ustronia

Program polityki zdrowotnej (dalej PPZ) oferuje mieszkańcom interwencje z obszaru profilaktyki boreliozy, takie jak: działania informacyjno-edukacyjne, wizyty lekarskie oraz badania diagnostyczne w kierunku boreliozy

Okres realizacji programu: 2026-2030**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 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy).

Kontynuacja/trwałość programu

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2026-2030 stanowi kontynuację działań realizowanych w poprzednich okresach

Dane kontaktowe

Urząd Miasta Ustroń

Rynek 1

43-450 Ustroń

tel. +48 33 857 93 00

Data opracowania programu: lipiec 2025

SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	7
3. Opis obecnego postępowania	11
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	12
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	15
1. Cel główny:	15
2. Cele szczegółowe:	15
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	15
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	16
1. Populacja docelowa	16
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	16
3. Planowane interwencje:	17
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	20
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	21
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	21
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	21
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	23
1. Monitorowanie	23
2. Ewaluacja	24
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	24
1. Koszty jednostkowe	24
2. Planowane koszty całkowite:	25
3. Źródło finansowania	25
Bibliografia:	27
Załączniki.....	29

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Borelioza z Lyme to choroba odzwierzęca występująca endemicznie w krajach klimatu umiarkowanego półkuli północnej. Do chwili obecnej opisano 18 genogatunków krętków tworzących kompleks *Borrelia burgdorferi sensu lato*, występujących u zwierząt dziko żyjących i przenoszonych przez kleszcze¹. Borelioza (inne nazwy: choroba z Lyme, krętkowica kleszczowa, łac. *Borreliosis*, ang. *Lyme disease*, *Lyme borreliosis*) jest chorobą wielonarządową i zakaźną, przenoszoną przez różne gatunki kleszcza z rodzaju *Ixodes*, w Europie nosicielem jest kleszcz *Ixodes ricinus*. Kleszcze są wektorami krętków *Borrelia*, najczęściej spotykanym gatunkiem jest *Borrelia burgdorferi*, ale możliwe jest też wywołanie choroby przez szczepy *Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii* oraz *Borrelia spielmanii*. Patogen ten został po raz pierwszy opisany i scharakteryzowany przez W. Burgdorfer'a i A. Barbour'a w 1982 roku. Szacuje się, że bakterią zakażonych być może nawet 30% kleszczy².

Od wielu lat obserwuje się w Europie wzrost częstości występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, przede wszystkim: boreliozy, babeszjozy, anaplazmozy granulocytarnej, jak również kleszczowego zapalenia mózgu, przy czym najczęstszą chorobą odkleszczową jest borelioza. Geograficzne rozprzestrzenienie i liczebność kleszczy *Ixodes ricinus*, występujących w Europie ulega systematycznej zmianie. Najwyższą ich liczebność stwierdza się w lesie, a najmniejszą na otwartych łąkach i pastwiskach³. Wektorem bakterii *B. burgdorferi* są najczęściej dorosłe kleszcze, ale możliwe jest też przenoszenie zakażenia przez postać nimf, co jest o tyle groźniejsze, że nimfy z racji małych rozmiarów dużo trudniej zlokalizować na ciele. Badania Rauter i Hartunga wskazują, że zakażenie krętkami *B. burgdorferi* postaci dorosłych kleszczy *I. ricinus* w Europie jest dwa razy wyższe, niż zakażenie nimf⁴.

Borelioza objawia się klinicznie w różnorodny sposób, między innymi poprzez zmiany skórne, zaburzenia w obrębie mięśni szkieletowych, objawy neurologiczne, uszkodzenia układu limfatycznego, zaburzenia kardiologiczne, stany zapalne oka,

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 pirochetosis? *Science* 216, 1982: 1317–1319

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

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.

wątroby, płuc i nerek oraz objawy ogólnoustrojowe. Obraz kliniczny boreliozy manifestuje się zwykle w trzech stadiach. Stadium I rozwija się od dwóch, trzech tygodni od ukąszenia do maksymalnie 3 miesięcy i charakteryzuje się najczęściej zaczerwienieniem skóry w miejscu ukłucia, zwiększającym się obwodowo z upływem dni (rumień wędrujący, inaczej: rumień pełzający). Ma on postać zmiany skórnej, rozpoczynającej się jako plamka lub grudka i szybko powiększającej się obwodowo, stopniowo z czasem blednąc od środka⁵. Znaczenie diagnostyczne ma rumień o średnicy większej niż 5 cm. W tym stadium chorzy mogą nie mieć żadnych innych objawów. U osób, u których wystąpił rumień, dalsza diagnostyka w kierunku boreliozy jest zbędna, gdyż jest to jedyny specyficzny objaw choroby⁶, inne mają charakter nieswoisty i mogą przypominać grypę, są to: osłabienie, bóle mięśniowe, dreszcze, gorączka, rzadziej nacieki limfocytarne.

Stadium II trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy po ukąszeniu. W tym czasie mogą pojawić się zaburzenia neurologiczne, takie jak: bóle głowy, sztywność karku, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu, porażenie nerwów obwodowych twarzy, czy zapalenie stawów. Stadium III ma charakter przewlekły i może rozwijać się latami. Charakterystyczne objawy to przewlekłe zapalenia stawów, zanikowe zapalenie skóry, bóle mięśni, stawów, zaburzenia neurologiczne obejmujące niedowłady, zaburzenia koncentracji, pamięci, a nawet zmiany osobowości. Pacjent może przechodzić tylko jeden etap choroby lub wszystkie, borelioza może też rozwijać się bezobjawowo, aż do fazy drugiej lub trzeciej. Podobieństwo objawów choroby z Lyme z zaburzeniami typowymi dla innych chorób stanowi poważny problem diagnostyczny⁷.

W sytuacji, kiedy rumień wędrujący nie został zaobserwowany lub nie pojawił się wcale, powinno się wykonać diagnostykę boreliozy w oparciu o odpowiednie testy laboratoryjne. Najbardziej przydatne są testy pośrednie, bazujące na poszukiwaniu swoistych przeciwciał w klasach IgM i IgG⁸. Traktujemy je jako testy przesiewowe, charakteryzujące się wysoką czułością, ale niską swoistością, co wiąże się z prawdopodobieństwem uzyskania wyników fałszywie dodatnich. Wszystkie osoby,

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

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

⁷ Dane dot. boreliozy [<http://boreliozaonline.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

u których wynik badania uzyskanego w teście przesiewowym jest dodatni, powinny mieć wykonane badanie testem potwierdzającym, najczęściej stosowany to badanie Western blot, ze względu na wysoką swoistość, przy porównywalnej 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 trwa przynajmniej 21 dni i opiera się na antybiotykoterapii, dobranej indywidualnie, w zależności od postaci klinicznej choroby i tolerancji pacjenta. Rokowanie w przebiegu prawidłowo leczonej boreliozy jest zazwyczaj dobre. 70-98% pacjentów z rumieniem wędrującym wraca do pełnego zdrowia w ciągu 12 miesięcy od włączenia antybiotykoterapii. W przypadku neuroboreliozy u 70-85% chorych dochodzi do całkowitego ustąpienia objawów w okresie 6-12 miesięcy od włączenia leczenia¹². Gdy objawy ze strony stawów utrzymują się przez ponad 3 miesiące od włączenia antybiotykoterapii należy rozpoznać antybiotykooporne boreliozowe zapalenie stawów, dotyczy ono ok. 10% pacjentów. U ok 5% pacjentów z boreliozą występuje tzw. zespół poboreliozowy¹³.

W przypadku boreliozy nie jest dostępna profilaktyka czynna (w formie szczepień), dlatego podstawą zapobiegania chorobie są metody profilaktyki nieswoistej, takie jak: ochrona ciała przed kleszczami podczas przebywania w rejonach ich występowania, stosowanie repelentów, ochrona zwierząt domowych oraz odpowiednio wczesne mechaniczne usuwanie kleszcza. W przypadku mnogiego pokłucia, podczas pobytu w rejonie endemicznym osoby dorosłej pochodzącej spoza tego terenu, zaleca się profilaktykę poekspozycyjną w formie jednorazowej dawki doksycykliny¹⁴.

Choroby przenoszone przez kleszcze stanowią ważny problem medyczny. Chorzy z objawami występującymi po pokłuciu wymagają diagnostyki nie tylko w kierunku boreliozy, czy kleszczowego zapalenia mózgu, ale także w kierunku innych

⁹ Wilske B., Zoller L., Brade V., Elfert M., Gobel U., Stanek G. i wsp.: MIQ-12 Lyme-Borreliose. W: Mauch H., Lutticken R., Gatemann S. [red.]. Qualitätsstandards in der mikrobiologisch-infektiologischen Diagnostik. Urban&Fischer, München Jena 2000

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

¹¹ Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach
[http://www.wsse.katowice.pl/pliki/ep/BORELIOZA_2013.pdf].

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.

chorób odkleszczowych¹⁵. Mimo dużego zagrożenia atakami pasożytów, dostępu do wielu publikacji, wiedza społeczeństwa na temat występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal niesatysfakcjonująca¹⁶.

2. Dane epidemiologiczne

Borelioza występuje tam, gdzie są odpowiednie warunki dla życia kleszczy oznaczające odpowiednią wilgotność, roślinność oraz zwierzęta. Najczęstszym miejscem ich występowania są zatem lasy liściaste, zarośla przy uczęszczanych przez zwierzęta i ludzi szlakach, łąki oraz ogródki. Do grup wysokiego ryzyka chorób odkleszczowych zaliczają się osoby mieszkające i/lub pracujące na obszarach endemicznego występowania kleszczy, np. leśnych. Osoby wykonujące następujące zawody: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy oraz personel wojskowy, znajdują się w grupie szczególnie narażonej na zachorowanie. Ponadto wiele zajęć rekreacyjnych, takich jak: biegi na orientację, polowania, ogrodnictwo, również związane są z większą częstością zachorowania na boreliozę¹⁷. Na ukąszenie kleszczy jesteśmy narażeni przez cały rok, ale większość nowych przypadków boreliozy jest notowana między 1 maja a 30 listopada, a 80% przypadków występuje w czerwcu i lipcu, czyli w okresie żerowania nimf kleszczy.

Według Głównego Inspektoratu Sanitarnego przyczynami corocznego wzrostu zapadalności na boreliozę jest także większa podatność człowieka na zakażenie poprzez kontakt z kleszczami. Wzrost liczby kleszczy oraz wydłużenie okresu ich żerowania związane jest ze zmianami klimatycznymi i środowiskowymi, które doprowadziły do zwiększenia się liczby zwierząt stanowiących rezerwuar *Borrelia burgdorferi*. Jednocześnie wzrost rejestracji przypadków boreliozy należy wiązać także z poprawą efektywności diagnostyki laboratoryjnej tej choroby, jej rozpoznawania oraz poprawy sprawozdawczości realizowanej przez lekarzy¹⁸.

Do wzrostu zachorowań na boreliozę przyczynia się ocieplenie klimatu. Zmiany klimatyczne to wynik oddziaływania człowieka na środowisko, który wpływa

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

¹⁶ Pancewicz S, Borelioza z Lyme... op. cit.

¹⁷ Rekomendacja nr 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy).

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

m.in. na ekologię i epidemiologię chorób zakaźnych przenoszonych przez kleszcze, ponieważ ocieplenie sprzyja przetrwaniu i przenoszeniu patogenów oraz ich wektorów, determinuje rozmieszczenie geograficzne gatunków kleszczy, ich gęstość, dynamikę populacji, w konsekwencji zwiększając prawdopodobieństwo zakażenia mikroorganizmami chorobotwórczymi ludzi i zwierząt¹⁹.

Szacuje się, że rozpowszechnienie kleszczy zakażonych krętkami *Borrelia burgdorferi* w Polsce wynosi od 6% do 15% i dotyczy w równym stopniu terenów wiejskich i miejskich²⁰. 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.²¹.

Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH wskazują, że w 2024 roku zarejestrowano ogółem 29 897 zachorowań, zatem więcej w porównaniu do 2023 roku, kiedy odnotowano 25 285 zachorowań. Współczynnik zapadalności na boreliozę w 2024 roku, w porównaniu z 2010 rokiem, zwiększył się ponad 3-krotnie (z 23,6/100 tys. do 79,6/100 tys.). Wskaźnik ten w województwie śląskim, na terenie którego znajduje się Gmina Ustroń, był znacznie wyższy od ogólnopolskiego (96,7/100 tys. ludności)²². Szczegółowe dane dotyczące zachorowań przedstawiono w tabeli I. W Województwie śląskim w 2024 roku zarejestrowano rekordową liczbę przypadków boreliozy – 4 162 zachorowania. Była to największa odnotowana liczba przypadków tej choroby od 10 lat (ryc. 1).

¹⁹ 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.

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

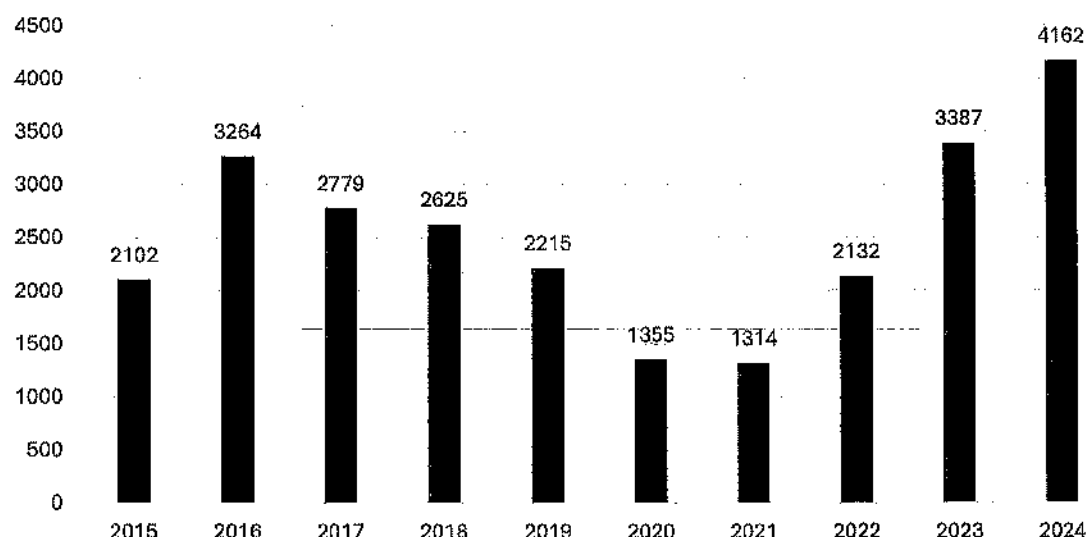
²¹ Rauter C, Hartung T. Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato... op. cit.

²² Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2024 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru Główny Inspektorat Sanitarny Departament Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych [wwwold.pzh.gov.pl].

Tab. I. Borelioza ogółem (A69.2) - liczba zachorowań (w kwartałach i ogółem), zapadalność oraz liczba i procent hospitalizowanych wg województw

Województwo		Liczba zachorowań w kwartałach				Liczba zachorowań w roku	Zapadalność (na 100 tys.)	Hospitalizacja	
		I	II	III	IV			Liczba	%
Polska	2023 r.	2466	5248	11626	5945	25285	67,1	1155	4,6%
	2024 r.	2218	6967	13449	7263	29897	79,6	1072	3,6%
1. Dolnośląskie		75	375	780	339	1569	54,6	81	5,2%
2. Kujawsko-Pomorskie		60	186	416	243	905	45,5	45	5,0%
3. Lubelskie		192	407	646	482	1707	85,2	83	4,9%
4. Lubuskie		96	174	314	171	755	77,7	25	3,3%
5. Łódzkie		101	307	542	282	1232	52,3	84	6,8%
6. Małopolskie		283	1203	2022	1019	4527	132,0	96	2,1%
7. Mazowieckie		219	684	1806	1146	3855	70,0	108	2,8%
8. Opolskie		59	183	268	174	684	73,3	46	6,7%
9. Podkarpackie		166	575	739	408	1888	91,3	45	2,4%
10. Podlaskie		112	342	680	390	1524	134,2	68	4,5%
11. Pomorskie		148	388	982	660	2178	92,3	69	3,2%
12. Śląskie		323	995	2019	825	4162	96,7	127	3,1%
13. Świętokrzyskie		23	135	283	181	622	53,5	20	3,2%
14. Warmińsko-Mazurskie		170	358	596	346	1470	108,6	89	6,1%
15. Wielkopolskie		121	425	797	365	1708	49,0	57	3,3%
16. Zachodniopomorskie		70	230	559	252	1111	68,3	30	2,7%

Źródło: Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2024 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru Główny Inspektorat Sanitarny Departament Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych [wwwold.pzh.gov.pl].

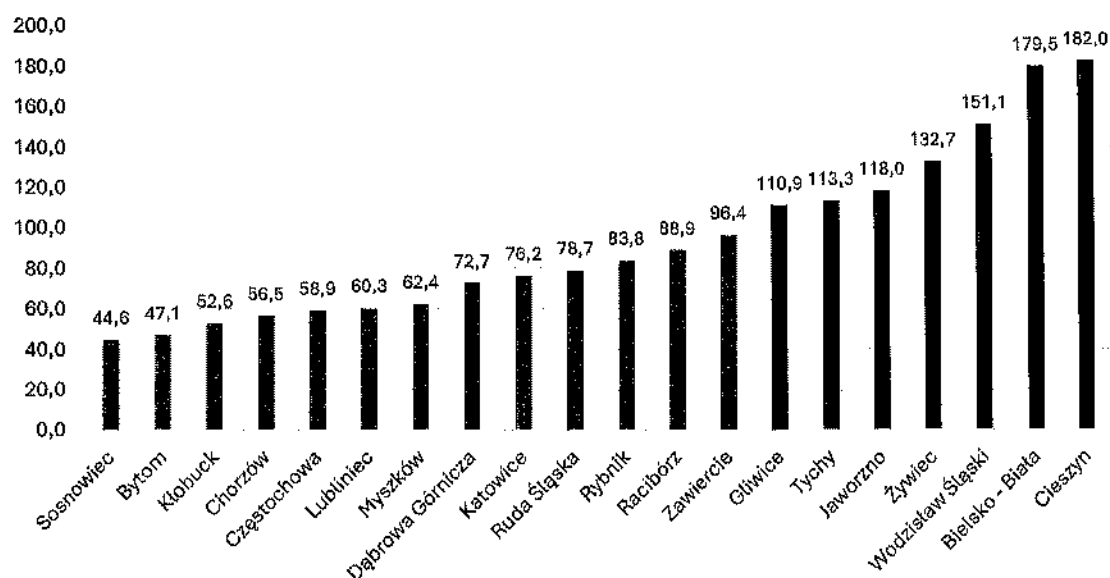


Ryc. 1. Liczba zachorowań na boreliozę w województwie śląskim w latach 2015-2024

Źródło: Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa śląskiego w 2024 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach [https://www.gov.pl/web/wsse-katowice].

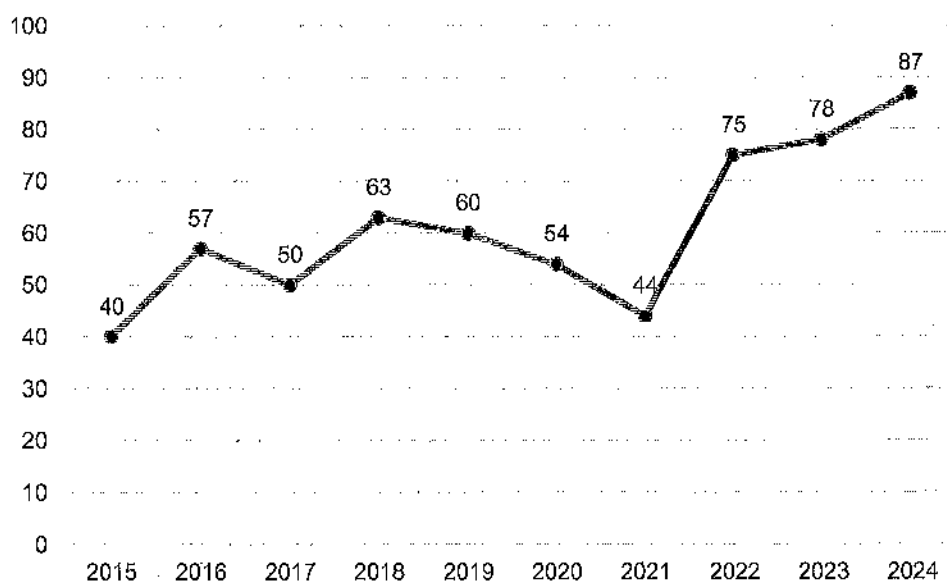
Na terenie województwa śląskiego obserwuje się różnice we współczynnikach zapadalności na boreliozę. Mają one wiele przyczyn i są wypadkową wielu czynników. Nie bez znaczenia jest m.in. dostępność atrakcyjnych miejsc rekreacji i wypoczynku, łatwa dostępność diagnostyki oraz funkcjonowanie programów samorządowych dedykowanych boreliozie. Programy te przyczyniają się do zwiększenia ogólnej świadomości wśród mieszkańców, a także upowszechnienia dobrych praktyk wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie czujności przy stawianiu właściwej diagnozy czy też kierowanie na celowane badania. Analizując zapadalność należy wziąć także pod uwagę mikroklimat panujący na danym terenie. Zachorowalność na boreliozę ściśle związana jest z aktywnością kleszczy. Pasożyty te unikają miejsc suchych, preferują tereny wilgotne i zielone (lasy, parki, ogródki działkowe, przydomowe ogródki). Nawet na terenie jednego miasta mogą występować obszary o dużym zróżnicowaniu mikroklimatycznym, począwszy od zwartej zabudowy miejskiej na osiedlach i starówkach, przez chłodniejsze tereny parków i ogrodów działkowych, aż po najwilgotniejsze tereny obfitujące w wody powierzchniowe, często sąsiadujące z lasami. Warto podkreślić, że województwo śląskie charakteryzuje się dużym zagęszczeniem ludności o słabo zaznaczonych granicach wieś - miasto, czy miasto-miasto, co przekłada się na wysoką mobilność mieszkańców (dojazdy do pracy, wybór miejsc rekreacji). Chorzy często nie są w stanie zidentyfikować miejsca, w którym faktycznie doszło do kontaktu z kleszczem. W powiecie cieszyńskim, w którego skład wchodzi Miasto Ustroń, zapadalność na boreliozę w roku 2024 była najwyższa wśród powiatów województwa śląskiego – 182/100 tys. mieszkańców²³ (ryc. 2). Zgodnie z danymi Śląskiego OW NFZ w latach 2015-2024 w publicznym systemie zdrowotnym odnotowano 608 mieszkańców Ustronia leczonych z powodu boreliozy (A69.2 wg ICD-10). Analizując dane za ww. okres zauważalna jest tendencja wzrostowa w liczbie przypadków omawianego problemu zdrowotnego (ryc. 3).

²³ Ibidem.



Ryc. 2. Zapadalność na boreliozę w 2024 roku z podziałem na PSSE województwa śląskiego

Źródło: Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa śląskiego w 2024 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach [<https://www.gov.pl/web/wsse-katowice>].



Ryc. 3. Mieszkańcy Ustronia leczeni w publicznym systemie opieki zdrowotnej z powodu rozpoznania boreliozy (A69.2) w latach 2015-2024.

Źródło: Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa śląskiego w 2024 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach [<https://www.gov.pl/web/wsse-katowice>].

Omawiając dane epidemiologiczne należy jednak podkreślić, że część pacjentów z boreliozą może nie mieć w procesie leczenia przypisanego odpowiedniego kodu według klasyfikacji ICD-10, dlatego też prezentowane dane NFZ mogą być niedoszacowane. Ponadto dane z systemów opieki zdrowotnej są

ograniczone do przypadków objętych opieką medyczną i mogą pomijać m.in. te, które są łagodniejsze lub mają utrudniony dostęp do systemu opieki zdrowotnej, a także te, które z różnych względów zostały w systemie opieki zdrowotnej zakwalifikowane do innego rozpoznania. Dodatkowo, znaczna część przypadków może nadal pozostawać niezdiagnozowana.

Warto także dodać, że w 2024 r. chorobami zawodowymi najczęściej rejestrowanymi w Polsce były „choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa” – 1 165 przypadków, tj. 43% ogółu chorób zawodowych. Borelioza z liczbą 379 przypadków, stanowiła aż 32,5% tej grupy. W sekcji działalności gospodarki narodowej obejmującej rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo stwierdzono 399 przypadków zakaźnych lub pasożytniczych chorób zawodowych, przy czym najczęstszą była borelioza, stanowiąc 93,9% wszystkich rozpoznań w tej grupie chorób²⁴.

3. Opis obecnego postępowania

Ogromnym problemem, zarówno medycznym jak i społecznym, jest brak szczepionki przeciwko boreliozie. Dodatkowym utrudnieniem jest ograniczony dostęp do świadczeń gwarantowanych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁵, polegający na konieczności otrzymania skierowania do lekarza specjalisty, który może zlecić badania diagnostyczne w zakresie oznaczenia przeciwciał: anty-Borrelia Burgdorferi IgG, przeciwciał IgG-test potwierdzający, przeciwciał anty-Borrelia Burgdorferi IgM, przeciwciał IgM-test potwierdzający, przeciwciał anty-Borrelia Burgdorferi IgG/IgM, przeciwciał IgG/IgM-test potwierdzający, Borrelia afzelii-przeciwciała IgG, Borrelia afzelii-przeciwciała IgM, Borrelia-przeciwciała całkowite. Należy również pamiętać, iż leczenie boreliozy jest świadczeniem gwarantowanym tylko w zakresie leczenia szpitalnego. Prowadzenie dalszej terapii po wypisaniu ze szpitala nie jest już świadczeniem gwarantowanym.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wzrastająca corocznie liczba zachorowań na boreliozę, w obliczu braku metod profilaktyki swoistej (szczepień ochronnych) sprawia, że choroba stanowi coraz

²⁴ Świątkowska, B., Hanke, W., Choroby zawodowe w Polsce w 2024 roku, Instytut Medycyny Pracy Centralny Rejestr Chorób Zawodowych Łódź 2025.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].

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

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

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.²⁶: 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;

²⁶ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²⁷: Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁸: rekomendowane kierunki działań dla województwa śląskiego: Zapewnienie dostępności do świadczeń w zakresie chorób zakaźnych i odzwierzęcych;
4. Wojewódzki plan transformacji województwa śląskiego na lata 2022-2026²⁹ - Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja 3.5: Edukacja zdrowotna w zakresie wpływu czynników środowiskowych na zdrowie (Edukowanie i informowanie mieszkańców województwa w zakresie czynników środowiskowych oraz chorób zakaźnych i ich wpływu na zdrowie).

²⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

²⁹ Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. SLA 2024.9212].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) z zakresu boreliozy wśród co najmniej 70% uczestników programu

2. Cele szczegółowe

1) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia boreliozy wśród co najmniej 70% personelu medycznego

2) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia boreliozą wśród co najmniej 70% świadczeniobiorców

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. II. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
1 Szczegółowy	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test
2 Szczegółowy	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców Gminy Ustroń, należących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę (osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy, osoby wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy, osoby wykonujące zawody wolne związane z pracą w terenie, np. rzeczoznawcy, geodeci). Należy podkreślić, że zgodnie z danymi NIZP-PIB³⁰ cała Polska jest obszarem endemicznym boreliozy, w związku z czym wszyscy mieszkańcy gminy należą do grupy o zwiększonym ryzyku zachorowania na boreliozę. Miasto zamieszkuje ok. 70,6 tys. osób dorosłych. Ze względu na ograniczone możliwości budżetowe zdecydowano się objąć świadczeniami zdrowotnymi w Programie około 500 mieszkańców w całym okresie realizacji (ok. 100 osób rocznie).

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

1) Szkolenia dla personelu medycznego

Kryteria włączenia:

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

Kryteria wyłączenia:

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

2) Działania informacyjno-edukacyjne

Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie regionów częstego występowania kleszczy lub wykonywanie zawodów narażających na kontakt z kleszczami (np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy, osoby wykonujące zawody wolne związane z pracą w terenie, np. rzeczoznawcy, geodeci)

³⁰ Dane NIZP-PIB [<https://epibaza.pzh.gov.pl/story/borelioza-z-lyme-informacje-ogolne>].

- zamieszkiwanie na terenie Gminy Ustroń

Kryteria wyłączenia: brak

3) Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna

Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie regionów częstego występowania kleszczy lub wykonywanie zawodów narażających na kontakt z kleszczami (np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy, osoby wykonujące zawody wolne związane z pracą w terenie, np. rzeczoznawcy, geodeci)
- występowanie objawów boreliozy z Lyme wraz z prawdopodobną historią pokłucia przez kleszcze
- brak dostępu do świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poza programem
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Ustroń

Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni chorób zakaźnych

4) Lekarska wizyta kontrolna

Kryteria włączenia:

- spełnianie kryteriów kwalifikacji dla lekarskiej wizyty diagnostycznej
- skierowanie podczas lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej na badania diagnostyczne

Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni chorób zakaźnych

3. Planowane interwencje

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Urzędem Miasta Ustroń oraz placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, 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 Miasta Ustroń (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru

narzędzi przez realizatora w złożonej ofercie.

3.2. Profilaktyka i wczesna diagnostyka boreliozy

1) Szkolenie dla personelu medycznego

- obejmujące zapoznanie personelu medycznego z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia boreliozy,
- obejmujące poinformowanie personelu o możliwości rozpoczęcia antybiotykoterapii po rozpoznaniu rumienia wędrującego u pacjenta,
- realizowane w formie dostosowanej do potrzeb personelu medycznego (np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje),
- trwające min. 3 godziny edukacyjne (3x45min.),
- obejmujące badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzór - załącznik 3);

2) Działania informacyjno-edukacyjne

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

- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Miasta Ustroń, realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne sporządzone przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne),
- obejmujące indywidualną edukację zdrowotną pacjenta podczas lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór - załącznik 4);

3) Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna

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

4) Lekarska wizyta kontrolna

- uwzględniająca przekazanie pacjentowi wyniku badania,
- obejmująca poinformowanie pacjenta na temat dalszego postępowania (np. rozpoczęcia antybiotykoterapii i skierowania do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia).

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1).

3.3. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także z Rekomendacją nr 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej AOTMiT) w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy)³¹.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizator programu wyłoniony zostanie w ramach ogłoszonego konkursu ofert spośród podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej na terenie Gminy Ustroń (zgodnie z danymi NFZ jest to pięć podmiotów³²). Działania informacyjno-edukacyjne prowadzone będą na terenie gminy, zgodnie z założeniami opisanymi w punkcie dot. planowanych interwencji. Wizyty lekarskie i badania diagnostyczne w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy kwalifikacji do udziału w programie, terminy pobierania materiału do badań diagnostycznych oraz odbioru ich wyników. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel. W trakcie trwania programu pacjentom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, u których nie występuje wskazanie do realizacji wizyty lekarskiej udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach edukacyjnych,
- w trakcie konsultacji lekarskiej wykluczenie u pacjenta podejrzenia boreliozy,

³¹ Rekomendacja nr 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 r., bip.aotm.gov.pl [dostęp: 17.07.2025 r.].

³² Dane NFZ, Gdzie się leczyć? [gsl.nfz.gov.pl; stan na 18.07.2025 r.].

- w trakcie konsultacji lekarskiej zdiagnozowanie u pacjenta boreliozy na podstawie obecności rumienia wędrującego i wydaniu zaleceń dotyczących antybiotykoterapii oraz skierowania do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia,
- w trakcie konsultacji lekarskiej po uzyskaniu dodatniego wyniku dwuetapowej diagnostyki serologicznej i wydaniu zaleceń dotyczących antybiotykoterapii oraz skierowania do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2025)
- 2) przesłanie oświadczenia o zgodności z Rekomendacją do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (III kwartał 2025)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (IV kwartał 2025 - I kwartał 2026)
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu)
- 5) podpisanie umowy na realizację programu
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030)
- 7) zakończenie realizacji PPZ (2030)
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (2030-2031)
- 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 (2031)

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Ustroń. 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 Ustroń,
- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1480 z późn. zm.),
- 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: pielęgniarki, lekarzy, diagnostów laboratoryjnych,
- zapewnienie prowadzenia szkolenia dla personelu medycznego przez lekarza, który posiada doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy (ekspert), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu,
- zapewnienie prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),
- zapewnienie realizacji wizyt lekarskich w programie przez lekarza, który posiada doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy lub lekarza po ukończeniu szkolenia prowadzonego przez eksperta w ramach PPZ,
- 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.

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 wersji tabelarycznej (załącznik 1). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). 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.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej
- 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 nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów

- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test
- odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test
- odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test
- odsetek osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy podczas wizyty diagnostyczno-terapeutycznej
- odsetek osób z pozytywnym wynikiem badania serologicznego w kierunku boreliozy z Lyme
- odsetek osób, które otrzymały leczenie w związku ze stwierdzoną boreliozą z Lyme

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli III przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty przystępujące do konkursu na wybór realizatora programu.

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

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Szkolenie dla personelu medycznego	2 000,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	2 000,00
3. Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	200,00
4. Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	120,00
5. Pobranie materiału do badania oraz testy potwierdzające (techniką Western blot)	170,00
6. Lekarska wizyta kontrolna	200,00

2. Planowane koszty całkowite

Zakłada się, że lekarskie wizyty diagnostyczno-terapeutyczne, w związku z ograniczeniami finansowymi, obejmą w całym okresie realizacji programu ok. 500 osób (rocznie ok. 100 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 wszystkich pacjentów, natomiast testów potwierdzających – ok. 35% pacjentów (ok. 175 osób). W praktyce program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu.

Tab. IV. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne interwencje w całym 5-letnim okresie realizacji (2026-2030)

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Szkolenie dla personelu medycznego	1	rok	2 000,00	2 000,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	5	rok	2 000,00	10 000,00
3. Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	500	osoba	200,00	200 000,00
4. Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	500	osoba	120,00	120 000,00
5. Pobranie materiału do badania oraz testy potwierdzające (techniką Western blot)	175	osoba	170,00	59 500,00
6. Lekarska wizyta kontrolna	500	osoba	200,00	200 000,00
7. Monitorowanie i ewaluacja	5	rok	2 000,00	5 000,00
Koszty Programu w latach 2026-2030				406 750,00

Tab. V. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rok	Budżet PPZ
2026	82 950,00
2027	80 950,00
2028	80 950,00
2029	80 950,00
2030	80 950,00
Razem	406 750,00

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 406 750 zł w całym okresie realizacji tj. ok. 82 950 zł w pierwszym roku realizacji (2026) oraz ok. 80 950 zł w każdym kolejnym roku realizacji (2027-2030). Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Ustroń oraz zmian wysokości cen usług w trakcie trwania programu. W związku z powyższym 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 finansowany ze środków własnych Gminy Ustroń. Miasto w latach 2026-2030 będzie się starało o dofinansowanie 40% 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 [t.j. Dz.U. 2025 poz. 1461] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia

1. Bakken L.L., Coyle P.K., Liegner K.B.: Diagnostik der Lyme-Borreliose — Eine Zusammenstellung. *Immunol. In-vest.* 1997;26(1–2):117–128.
2. Borchers AT, Keen CL, Huntley AC, Gershwin ME, Lyme disease: A rigorous review of diagnostic criteria and treatment. *J Autoimmun.* 2014; 57: 82–11.
3. Burgdorfer W.; Barbour A. G.; Hayes S. F.; Benach J. L.; Grunwaldt E.; Davis J. P.: Lyme disease –A tick-borne pirochetosis? *Science* 216, 1982: 1317–1319.
4. Cairns V, Godwin J, Post-Lyme borreliosis syndrome: a meta-analysis of reported symptoms. *Int J Epidemiol.* 2005; 34: 1340–1345.
5. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2024 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru Główny Inspektorat Sanitarny Departament Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych [wwwold.pzh.gov.pl].
6. Dane dot. boreliozy [http://boreliozaonline.pl/].
7. Dane NFZ, Gdzie się leczyć? [gsl.nfz.gov.pl; stan na 18.07.2025 r.].
8. Dane NIZP-PIB [https://epibaza.pzh.gov.pl/story/borelioza-z-lyme-informacje-ogolne].
9. 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.
10. Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme, zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, <http://www.choroby-zakazne.pl/uploads/pdf/borelioza.pdf>.
11. Gąsiorowski J, Diagnostyka boreliozy, *Medycyna pracy*, 2007, 58 (5): 439-447
12. Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa, 2021, https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf
13. Moniuszko A, Dunaj J, Świąćicka I et al.: Co-infections with *Borrelia* species, *Anaplasma phagocytophilum* and *Babesia* spp. in patients with tick-borne encephalitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014. DOI: 10.1007/s10096-014-2134-7.
14. Moniuszko A, Pancewicz S, Czupryna P et al.: Erythema migrans jako patognomoniczny objaw choroby z Lyme. *Pol Merkur Lekarski* 2013; 35: 230–232.
15. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
16. Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. SLA 2024.9212].
17. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa śląskiego w 2024 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach [https://www.gov.pl/web/wsse-katowice].

18. Pancewicz S, Borelioza z Lyme – zasady rozpoznawania i leczenia, *Pediatr Med Rodz* 2014, 10 (2): 163–173
19. Profilaktyka chorób odkleszczowych (borelioza), Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Oceny Technologii Medycznych, Warszawa 2020.
20. 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 2/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.].
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
24. 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.
25. Świątkowska, B., Hanke, W., Choroby zawodowe w Polsce w 2024 roku, Instytut Medycyny Pracy Centralny Rejestr Chorób Zawodowych Łódź 2025.
26. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].
27. Wilske B., Zoller L., Brade V., Eifert M., Gobel U., Stanek G. i wsp.: MIQ-12 Lyme-Borreliose. W: Mauch H., Luttkicken R. Gattermann S. [red.]. *Qualitätsstandards in der mikrobiologisch-infektiologischen Diagnostik*. Urban&Fischer, München Jena 2000.
28. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach [http://www.wsse.katowice.pl/pliki/ep/BORELIOZA_2013.pdf].

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2026-2030” (wzór)

1. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Płeć	
Wiek	
PESEL*	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

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

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 lekarska diagnostyczno-terapeutyczna

Data udzielenia świadczenia	
Edukacja zdrowotna	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Przyrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie
Diagnoza boreliozy z Lyme	☐ tak ☐ nie
Zalecenie antybiotykoterapii	☐ tak ☐ nie
Skierowane na badania diagnostyczne	☐ tak ☐ nie

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

4. Badania diagnostyczne

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Wynik dodatni/ujemny/niejednoznaczny
Test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG		
Test potwierdzający techniką Western blot		

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

5. Wizyta lekarska kontrolna

Data udzielenia świadczenia	
Diagnoza boreliozy z Lyme	☐ tak ☐ nie
Zalecenie antybiotykoterapii	☐ tak ☐ nie
Skierowane na dalsze badania diagnostyczne	☐ tak ☐ nie

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

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

Data rezygnacji	
Przyczyna rezygnacji	

.....
(data, pieczęć i podpis pacjenta)

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

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2026-2030” (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, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne	
Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	
Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym	
Liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej	
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 Western blot, w tym:	
- liczba wyników dodatnich	
- liczba wyników ujemnych	
- liczba wyników niejednoznacznych	
Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów	
Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału	
Ewaluacja	
Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test	
Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test	
Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test	

Odsetek osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy podczas wizyty diagnostyczno-terapeutycznej	
Odsetek osób z pozytywnym wynikiem badania serologicznego w kierunku boreliozy z Lyme	
Odsetek osób, które otrzymały leczenie w związku ze stwierdzoną boreliozą z Lyme	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

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

Załącznik 3

Test wiedzy dla uczestnika działań szkoleniowych dla personelu medycznego w programie pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2026-2030” (wzór)

1. Które z poniższych stwierdzeń dotyczących profilaktyki antybiotykowej po ukąszeniu przez kleszcza jest zgodne z wytycznymi IDSA (Infectious Diseases Society of America)?

- A. Zaleca się rutynową antybiotykoterapię każdej osobie ukąszonej przez kleszcza
- B. Profilaktykę antybiotykową można rozważyć, jeśli kleszcz był wbity >36 godzin i usunięty w ciągu 72 godzin
- C. Antybiotyk należy wdrożyć tylko wtedy, gdy pojawi się gorączka lub dreszcze
- D. Zaleca się antybiotykoterapię niezależnie od czasu wklucia kleszcza

2. Wskaż, który z poniższych testów jest NIEPRZYDATNY w rozpoznaniu wczesnej boreliozy z rumieniem wędrującym:

- A. Western blot
- B. Test ELISA
- C. PCR z płynu stawowego
- D. Rozpoznanie kliniczne bez testów serologicznych

3. Rumień wędrujący w przebiegu boreliozy charakteryzuje się najczęściej:

- A. Obecnością pęcherzy i ropnia
- B. Szybkim zanikiem w ciągu 12 godzin
- C. Rozszerzaniem się obwodowo i centralnym przejaśnieniem
- D. Intensywnym swędzeniem i łuszczeniem

4. Które z wymienionych objawów mogą wystąpić w neuroboreliozy u dorosłych?

- A. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, porażenie nerwu twarzowego, parestezje
- B. Wzrost poziomu bilirubiny i żółtaczka
- C. Hematuria i ból w podbrzuszu
- D. Nadciśnienie tętnicze i bezsenność

5. Kiedy w diagnostyce boreliozy uzasadnione jest wykonanie testu Western blot?

- A. Jako badanie przesiewowe u każdej osoby ukąszonej przez kleszcza
- B. Tylko w przypadku ostrej gorączki
- C. Po dodatnim wyniku testu ELISA w celu potwierdzenia zakażenia
- D. Zawsze razem z badaniem morfologii

- 6. W której z faz boreliozy może wystąpić zapalenie stawów o charakterze nawracającym?**
- A. Faza wczesna zlokalizowana
 - B. Faza wczesna rozsiana
 - C. Faza późna
 - D. W żadnej fazie – borelioza nie obejmuje stawów
- 7. Co oznacza zespół poboreliozowy (post-Lyme disease syndrome)?**
- A. Przewlekłą infekcję bakteryjną utrzymującą się mimo leczenia
 - B. Reakcję organizmu po przebyciu boreliozy, utrzymującą się pomimo eliminacji bakterii
 - C. Nawrót rumienia wędrującego
 - D. Zakażenie współistniejące z anaplazmozą lub babeszjozą
- 8. Która z poniższych informacji dotyczących rumienia wędrującego jest prawdziwa?**
- A. Ma postać ropnego nacieku
 - B. Znika po kilku godzinach
 - C. Może osiągać średnicę ponad 5 cm i rozszerzać się obwodowo
 - D. Jest bardzo swędzący i pokryty pęcherzami
- 9. Które stwierdzenie dotyczące profilaktycznego podania antybiotyku po ukąszeniu kleszcza jest prawdziwe?**
- A. Zawsze powinno być stosowane profilaktycznie
 - B. Jest zalecane wyłącznie po dłuższym (>36h) wkluciu kleszcza i dużym ryzyku ekspozycji
 - C. Powinno być stosowane wyłącznie u dzieci
 - D. Antybiotyk należy stosować miejscowo na miejsce ukąszenia
- 10. Borelioza może przebiegać wielonarządowo. Który z poniższych układów NIE jest typowo zajęty w jej przebiegu?**
- A. Nerwowy
 - B. Stawowy
 - C. Pokarmowy
 - D. Skórny

Załącznik 4

Test wiedzy dla uczestnika edukacji zdrowotnej w programie pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2026-2030” (wzór)

1. Głównym wektorem przenoszącym boreliozę w Polsce jest:

- A. Komar widliszek
- B. Kleszcz z rodzaju *Ixodes*
- C. Pchła ludzka
- D. Meszka czarna

2. Najskuteczniejszą metodą profilaktyki boreliozy jest:

- A. Stosowanie szczepionki
- B. Noszenie odzieży ochronnej i stosowanie repelentów
- C. Picie dużej ilości wody
- D. Profilaktyczne przyjmowanie antybiotyków latem

3. Charakterystycznym wczesnym objawem boreliozy jest:

- A. Powiększenie węzłów chłonnych pachwinowych
- B. Ból gardła
- C. Rumień wędrujący
- D. Pokrzywka kontaktowa

4. Kiedy po ukąszeniu kleszcza warto skonsultować się z lekarzem?

- A. Tylko jeśli pojawi się gorączka powyżej 39°C
- B. Zawsze, niezależnie od objawów
- C. Gdy pojawi się rumień, objawy grypopodobne lub trudności z usunięciem kleszcza
- D. Nigdy, jeśli kleszcz został usunięty samodzielnie

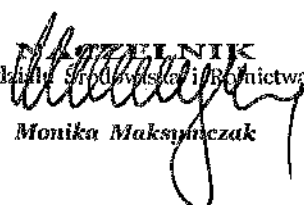
5. W profilaktyce boreliozy NIE zaleca się:

- A. Przeglądania skóry po spacerach w lesie i na łące
- B. Używania środków odstraszających kleszcze
- C. Unikania wszelkiej aktywności na świeżym powietrzu
- D. Noszenia jasnej odzieży z długimi rękawami

Uzasadnienie do uchwały w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy dla mieszkańców Gminy Ustroń na lata 2026-2030

Do zadań własnych gminy należy opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Z uwagi na brak w gminie Ustroń poradni chorób zakaźnych i związane z tym ograniczenie w dostępie do badań diagnostycznych zdecydowano o potrzebie zwiększenia osiągalności tych badań dla mieszkańców gminy.

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców Gminy Ustroń, należących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę (osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy, osoby wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy, osoby wykonujące zawody wolne związane z pracą w terenie, np. rzeczoznawcy, geodeci). Należy podkreślić, że zgodnie z danymi NIZP-PIB¹ cała Polska jest obszarem endemicznym boreliozy, w związku z czym ~~wszyscy~~ mieszkańcy gminy należą do grupy o zwiększonym ryzyku zachorowania na boreliozę.


WYDZIAŁ NIK
Wydział Środowiska i Rolnictwa
Monika Maksymczak