

Projekt

z dnia 15 kwietnia 2026 r.
Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY KOSTOMŁOTY**

z dnia 28 kwietnia 2026 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji "Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy
mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027 - 2029"**

Na podstawie art.18 ust.1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz.1153) oraz art. 48 i art. 48 a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1461) Rada Gminy Kostomłoty uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji "Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027 - 2029" stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonane uchwały powierza się Wójtowi Gminy Kostomłoty.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy
Kostomłoty

Mariusz Żałobniak

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027 - 2029

Podstawa prawna: art.48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz 2561 z późn.zm.)

Rekomendacja: Program został opracowany na podstawie 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)

Spis treści

I.	Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	3
1.	Opis problemu zdrowotnego.....	3
2.	Dane epidemiologiczne.....	6
3.	Opis obecnego postępowania.....	7
4.	Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	8
II.	Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	10
1.	Cel główny.....	10
2.	Cel szczegółowy.....	10
3.	Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	10
III.	Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	12
1.	Populacja docelowa.....	12
2.	Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	12
2.1	Kryteria włączenia.....	12
2.2	Kryteria wyłączenia.....	12
3.	Planowane interwencje.....	14
3.1	Dowody skuteczności planowanych działań.....	17
4.	Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.....	18
5.	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	18
IV.	Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	20
1.	Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	20
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.....	25
1.	Koszty jednostkowe.....	25
2.	Koszty całkowite.....	26
3.	Źródła finansowania.....	27
VII.	Bibliografia	28
VIII.	Załączniki.....	31

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Borelioza (inne nazwy: choroba z Lyme, krętkowica kleszczowa, łac. Borreliosis, ang. Lyme disease, Lyme borreliosis) to przewlekła wielonarządowa choroba zakaźna o fazowym przebiegu, wywołana przez krętka *Borrelia burgdorferi* i gatunki pokrewne, występująca endemicznie w krajach klimatu umiarkowanego półkuli północnej. Rezerwuarem krętków *B. burgdorferi* są gryzonie polne i zwierzyna płowa (sarny), przenoszą je kleszcze – w Europie *Ixodes ricinus*. Największą aktywność kleszcze wykazują sezonowo: wczesną wiosną (kwiecień, maj) i tylko nieco mniejszą jesienią (wrzesień, październik)¹.

Obraz kliniczny jest zróżnicowany, zależy od okresu choroby i stopnia zajęcia poszczególnych układów, stadia choroby mogą się nakładać lub występować równocześnie, zwykle nie występują wszystkie objawy.²

Stadium wczesne ograniczone charakteryzuje się występowaniem zmian skórnych o typie erythema migrans³. W miejscu ukąszenia przez zakażonego kleszcza po 3-30 dniach pojawia się rumień pełzający (rumień wędrujący): początkowo czerwonawa plamka lub grudka, szybko powiększająca się ku obwodowi, średnica >5cm, pierścieniowaty kształt z przejaśnieniem w środku (może być jednolicie zabarwiony), brzegi wyraźnie odgraniczone, pozostaje w płaszczyźnie skóry, niebolesny i nieswędzący⁴. Okoliczne węzły chłonne mogą być powiększone, zmianom skórnym może towarzyszyć gorączka, stany podgorączkowe, osłabienie, objawy grypopodobne. Wyjątkowo zamiast typowego rumienia może wystąpić chłoniak limfocytowy skóry (*borrelia lymphocytoma*): niebolesny czerwono – niebieskawy guzek średnicy 1-5cm w skórze lub tkance podskórnej, najczęściej na małżowinie usznej, brodawce sutkowej lub mosznie. U chorych nieleczonych antybiotykami rumień pełzający i objawy ogólne ustępują w ciągu 4-12 tygodni, u niektórych niezbyt nasilone dolegliwości utrzymują się kilka lat lub rozwijają się przewlekłe objawy stadium późnego.⁵

¹Dziubek Z., Choroby zakaźne i pasożytnicze, Wydawnictwo PZWL 1996, s. 162-165

²Panacewicz S, Borelioza z Lyme – zasady rozpoznawania i leczenia, *Pediatrics i Medycyna Rodzinna* 2014, 10 (2),s. 163-173

³ Moniuszko A, Panacewicz S, Czupryna P et al.: Erythema migrans jako patognomoniczny objaw choroby z Lyme. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2013; 35: 230–232

⁴ Flisiak R, Panacewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme, zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, <http://www.choroby-zakazne.pl/uploads/pdf/borelioza.pdf>

⁵Gajewski P, *Interna Szczeklika*, Wydawnictwo MP 2020, s. 1314-1317

Stadium wczesne rozsiane może rozwinąć się od kilkunastu tygodni do kilku miesięcy po zakażeniu. Powszechne są objawy ogólne w postaci osłabienia, męczliwości, wędrujących bólów kostno – stawowych i mięśniowych. Zapalenie stawów obejmuje najczęściej jeden, czasem kilka dużych stawów (kolanowy, skokowy, łokciowy), typowo bez nasilonej ogólnoustrojowej reakcji zapalnej pomimo zwykle obfitego wysięku w jamie stawowej. Nawracające zaostrzenia (od kilkunastu dni do kilku tygodni) z czasem stają się coraz rzadsze, krótsze i łagodniejsze, nieleczone mogą przechodzić w zapalenie przewlekłe. Objawy ze strony serca występują u 5-8% chorych. Przeważnie są to zaburzenia przewodnictwa wyrażające się blokiem I, II lub III stopnia, nagłym blokiem przedsionkowo – komorowym lub inne zaburzenia przewodnictwa i rytmu. Sporadycznie opisywano objawy zapalenia osierdzia lub mięśnia sercowego⁶. Zajęcie ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego (neuroborelioza) najczęściej przejawia się bólami korzeniowymi, często występującym objawem jest porażenie nerwu twarzowego, porażenie lub niedowład innych nerwów czaszkowych, rozsiana polineuropatia oraz limfocytowe zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych⁷.

Stadium późne pojawia się u części chorych po kilku – kilkunastu miesiącach lub jeszcze później. Opisane wyżej objawy stawowe i neurologiczne przybierają charakter przewlekły: przewlekłe zapalenie stawów (rzadko trwałe uszkodzenie), łagodne zapalenie mięśni, kaletek maziowych lub ścięgien, przewlekła neuroborelioza (bardzo rzadko) pod postacią zapalenia korzeni nerwowych i nerwów obwodowych, polineuropatii obwodowej, przewlekłego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego (encephalomyelitis) z towarzyszącymi spastycznymi niedowładami poprzecznymi, zaburzeniami zwieraczy, ataksją oraz otępieniem. Typową zmianą skórą dla późnego stadium boreliozy jest przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn (acrodermatitis chronica atrophicans). Początkowo zmiana skórna rozpoczyna się podstępnie jako niebieskawoczerwone przebarwienie z obrzękiem skóry. Faza naciekowa może trwać wiele lat stopniowo prowadząc do zaniku skóry. Acrodermatitis występuje najczęściej w miejscu, w którym uprzednio występował rumień wędrujący, ale zdarza się też u osób, u których rumień nigdy nie występował. Zmiany zanikowe skóry mogą do złudzenia przypominać twardzinę ograniczoną⁸.

Rozpoznanie choroby opiera się na objawach klinicznych i badaniach laboratoryjnych. Znaczenie diagnostyczne ma rumień o średnicy większej niż 5 cm. W sytuacji, kiedy rumień wędrujący nie został zaobserwowany lub nie pojawił się wcale, powinno się wykonać diagnostykę boreliozy w oparciu o odpowiednie testy laboratoryjne⁹. Najbardziej przydatne są testy pośrednie, bazujące na poszukiwaniu swoistych przeciwciał w klasach IgM i IgG. Traktujemy je jako testy przesiewowe, charakteryzujące się wysoką czułością, ale niską

⁶Gajewski P, Interna Szczeklika, Wydawnictwo MP 2020, s. 1314-1317

⁷Dziubek Z., Choroby zakaźne i pasożytnicze, Wydawnictwo PZWL 1996, s. 162-165

⁸Gajewski P, Interna Szczeklika, Wydawnictwo MP 2020, s. 1314-1317

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

swoistością, co wiąże się z prawdopodobieństwem uzyskania wyników fałszywie dodatnich¹⁰. Wszystkie osoby, 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 czułości. Ostatecznie za wynik dodatni przyjmuje się jedynie wynik, który jako dodatni został oznaczony w obu wyżej wymienionych testach¹¹. Umożliwia to wykluczenie osób zdrowych z wynikami fałszywie dodatnimi i wykrycie chorych z wynikami prawdziwie dodatnimi. Metodą wspomagającą diagnostykę boreliozy jest diagnostyka oparta na metodach biologii molekularnej Real Time PCR¹².

Leczenie boreliozy z Lyme trwa od 14 do 28 dni i opiera się na antybiotykoterapii, dobranej indywidualnie, w zależności od postaci klinicznej choroby i tolerancji przez pacjenta. Rokowanie w przebiegu prawidłowo leczonej boreliozy jest zazwyczaj dobre. 70-98% pacjentów z rumieniem wędrującym wraca do pełnego zdrowia w ciągu 12 miesięcy od włączenia antybiotykoterapii. W przypadku neuroboreliozy u 70-85% chorych dochodzi do całkowitego ustąpienia objawów w okresie 6-12 miesięcy od włączenia leczenia¹³. Wybór antybiotyku i czas jego stosowania zależy od postaci klinicznej choroby. Nie należy stosować antybiotykoterapii, jeśli nie ma objawów klinicznych, nawet gdy wykazano obecność swoistych przeciwciał. Wielomiesięczna antybiotykoterapia nie przynosi korzyści medycznych i nie poprawia jakości życia pacjentów. Niekiedy występują nawroty objawów wymagające powtórnej antybiotykoterapii, należy je odróżnić od utrzymywania się stopniowo słabnących dolegliwości jeszcze przez kilka tygodni po zakończeniu leczenia (wymagają jedynie leczenia objawowego). Objawy w późnej neuroboreliozy i przewlekłym zapaleniu stawów mogą nie ustąpić pomimo leczenia - wówczas należy stosować jedynie leczenie objawowe oraz wykluczyć inne przyczyny objawów¹⁴.

W przypadku boreliozy nie jest dostępna profilaktyka czynna (w formie szczepień), dlatego podstawą zapobiegania chorobie są metody profilaktyki nieswoistej. Ochrona ciała przed kleszczami podczas przebywania w rejonach ich występowania osiągnięta przez szczelne osłonięcie skóry podczas pobytu na terenach łąkowo – leśnych: długie rękawy, długie spodnie, wysokie skarpety naciągnięte an nogawki, czapka z daszkiem lub kapelusz, buty z wyższą cholewką), stosowanie repelentów (zawierających DEET, ikarydynę lub permetrynę), ochrona zwierząt domowych mogących zawlec kleszcze do mieszkania, dokładna kontrola całej skóry po każdym powrocie z terenów łąkowo – leśnych oraz odpowiednio wczesne mechaniczne usuwanie kleszcza (pęseta, pętka, pompka, karta do

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

¹¹Korczak-Rogoń A, Borelioza, przewodnik dla lekarzy pierwszego kontaktu, α-medica press, 2020

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

¹³ 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>

¹⁴Gajewski P, Interna Szczeklika, Wydawnictwo MP 2020, s. 1314-1317

usuwania kleszczy, kleszczołapka)¹⁵. W przypadku mnogiego pokłucia, podczas pobytu w rejonie endemicznym osoby dorosłej pochodzącej spoza tego terenu, zaleca się profilaktykę poekspozycyjną w formie jednorazowej dawki doksycykliny 200 mg doustnie¹⁶.

Choroby przenoszone przez kleszcze stanowią ważny problem medyczny. Chorzy z objawami występującymi po pokłuciu przez kleszcze wymagają diagnostyki nie tylko w kierunku boreliozy, ale także w kierunku kleszczowego zapalenia mózgu i innych chorób odkleszczowych¹⁷. Mimo dużego zagrożenia atakami pasożytów, dostępu do wielu publikacji, wiedza społeczeństwa na temat występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal niesatysfakcjonująca.

2. Dane epidemiologiczne

Borelioza występuje tam, gdzie są odpowiednie warunki dla życia kleszczy oznaczające odpowiednią wilgotność, roślinność oraz zwierzęta. Najczęstszym miejscem ich występowania są zatem lasy liściaste, zarośla przy uczęszczanych przez zwierzęta i ludzi szlakach, łąki oraz ogródki. Do grup wysokiego ryzyka chorób odkleszczowych zaliczają się osoby mieszkające i/lub pracujące na obszarach endemicznego występowania kleszczy, np. leśnych. Osoby wykonujące następujące zawody: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy oraz personel wojskowy znajdują się w grupie szczególnie narażonej na zachorowanie. Ponadto wiele zajęć rekreacyjnych, takich jak: biegi na orientację, polowania, ogrodnictwo, również związane są z większą częstością zachorowania na boreliozę. 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 kleszczy¹⁸.

Według Głównego Inspektoratu Sanitarnego przyczynami corocznego wzrostu zapadalności na boreliozę jest 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* (ocieplenie klimatu sprzyja przetrwaniu i przenoszeniu patogenów oraz ich wektorów, determinuje rozmieszczenie geograficzne gatunków kleszczy, ich gęstość, dynamikę populacji, w konsekwencji zwiększając

¹⁵Korczak-Rogoń A, Borelioza, przewodnik dla lekarzy pierwszego kontaktu, α -medica press, 2020

¹⁶Gajewski P, Interna Szczeklika, Wydawnictwo MP 2020, s. 1314-1317

¹⁷Moniuszko 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

¹⁸Rekomendacja 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).

prawdopodobieństwo zakażenia mikroorganizmami chorobotwórczymi ludzi i zwierząt¹⁹). Jednocześnie wzrost rejestracji przypadków boreliozy należy wiązać także z poprawą efektywności diagnostyki laboratoryjnej tej choroby, jej rozpoznawania oraz poprawy sprawozdawczości przez lekarzy²⁰.

Szacuje się, że rozpowszechnienie kleszczy zakażonych krętkami *Borrelia burgdorferi* w Polsce wynosi od 6% do 15% i dotyczy w równym stopniu terenów wiejskich i miejskich²¹

Główny Inspektorat Sanitarny wskazuje, że liczba przypadków boreliozy w Polsce od wielu lat wykazuje trend wzrostowy. Według danych pozyskanych z biuletynów rocznych PZH, w 2023 r. w Polsce odnotowano 25 285 przypadków boreliozy, zapadalność wyniosła 67,1/100 tys. mieszkańców, a 4,6% osób zdiagnozowanych zostało poddanych leczeniu w warunkach szpitalnych.

W 2023 r. w województwie dolnośląskim zarejestrowano 1 052 przypadki zachorowań na boreliozę, zapadalność wynosiła 36,48/100 tys. i była wyższa niż w 2022 r. (w 2022 r. zarejestrowano 838 przypadków zachorowań, zapadalność wynosiła 28,97/100 tys.)²².

3. Opis obecnego postępowania

Rozpoznanie boreliozy opiera się na kryteriach klinicznych, z których najważniejsze są historia pokłucia przez kleszcze i objawy kliniczne. Diagnostykę serologiczną rozpoczyna się tylko w przypadku podejrzenia klinicznego. Badania serologiczne wykonywane są dwuetapowo – swoiste przeciwciała klasy IgM i IgG w surowicy wykrywane są czułą metodą ELISA, a następnie wyniki dodatnie/wątpliwe potwierdzone są metodą Western blot w celu zwiększenia swoistości. Samo wykrycie przeciwciał nie jest dowodem choroby. Dodatkowym utrudnieniem dla pacjentów jest ograniczony dostęp do świadczeń gwarantowanych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²³, polegający na

¹⁹Raport 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

²⁰Profilaktyka 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

²¹Stańczak 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.

²²Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w 2023 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrocławiu [<https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw/ocena-stanu-sanitarnego-województwa>]

²³Rozporządzenie 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.].

konieczności otrzymania skierowania i oczekiwania na wizytę 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. Leczenie boreliozy trwa od 14 do 28 dni i opiera się na antybiotykoterapii. 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.

Ogromnym problemem, zarówno medycznym jak i społecznym, jest brak szczepionki przeciwko boreliozie. Pomimo intensywnych prac prowadzonych nad wyprodukowaniem skutecznej szczepionki przeciwko boreliozie, do chwili obecnej badania nie wyszły poza etap prób na zwierzętach. Jedyne skuteczne środki ochrony jest unikanie ekspozycji na ukąszenie przez kleszcza poprzez używanie odpowiedniej odzieży uniemożliwiającej dostanie się kleszcza na skórę, omijanie rejonów występowania kleszczy oraz zawsze dokładna kontrola ciała po powrocie z pobytu w lesie czy na łące. Dostępne są różne repelenty przeciwko kleszczom. Najskuteczniejszą i najszybszą metodą usunięcia kleszcza ze skóry jest usunięcie go pęsetą i następnie dokładne odkażenie miejsca ukąszenia. Profilaktyczne leczenie antybiotykami po pokłuciu przez kleszcze nie jest zalecane w rutynowym postępowaniu²⁴.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wzrastająca corocznie liczba zachorowań na boreliozę, w obliczu braku metod profilaktyki swoistej (szczepienia) sprawia, że choroba stanowi coraz poważniejszy problem natury medycznej i społecznej. Mimo dużego zagrożenia atakami kleszczy oraz dostępu do wielu publikacji, zarówno naukowych jak i popularnonaukowych, wiedza na temat występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal znikoma w polskim społeczeństwie. Należy zatem zwiększać dostęp do diagnostyki boreliozy, co jest postępowaniem społecznie oczekiwanym i 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 Kostomłoty 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 Kostomłoty pozwoli na zwiększenie ich świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, czynników ryzyka zakażenia bakterią *Borrelia burgdorferi* oraz korzyści

²⁴ 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>

wynikających z wczesnego wykrywania boreliozy. Oczekuje się, iż wszystkie podejmowane w programie interwencji przełożą się w perspektywie długookresowej na ograniczenie liczby zakażeń *Borrelia burgdorferi* oraz odległych następstw zdrowotnych wynikających z zakażenia w populacji gminy Kostomłoty.

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.²⁵: 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 1.2 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia

2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²⁶: Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne

3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁷

4. Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022- 2026²⁸ - Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja: Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

²⁵Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

²⁶Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

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

²⁸Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Celem głównym jest uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 60% poprawnych odpowiedzi) z zakresu boreliozy, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród co najmniej 60%* uczestników programu.

2. Cel szczegółowy

Celem szczegółowym 1 jest uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej (min. 75% poprawnych odpowiedzi) wśród 80% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia boreliozy.

Celem szczegółowym 2 jest uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 60% poprawnych odpowiedzi) wśród co najmniej 60%* świadczeniobiorców w zakresie w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia boreliozą.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Cel	Miernik efektywności	Zaplanowana wartość wskaźnika
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy*, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test	60%
Szczegółowy 1	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy*, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test	80%

Szczegółowy 2	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy*, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test	60%
---------------	---	-----

Tabela 2: Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych Jednostek Samorządu Terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej a także rekomendacji eksperta.

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

1. Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców gminy Kostomłoty, których liczba wynosi ok 7,2tys²⁹, z czego w rolnictwie zatrudnionych jest 1177osób³⁰. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, określono populację docelową na poziomie około 400 osób rocznie. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy Kostomłoty, obejmie corocznie około 100 mieszkańców (ok 25 % populacji docelowej).

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

Jako populację spełniającą kryteria udziału w programie polityki zdrowotnej należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

2.1 Kryteria włączenia

Kryteria włączenia do poszczególnych etapów programu umieszczono w Tabeli 3

2.2 Kryteria wyłączenia

Kryteria wyłączenia z poszczególnych etapów programu umieszczono w Tabeli 3

²⁹Dane Urzędu Gminy Kostomłoty (<https://www.kostomloty.pl>)

³⁰https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Kostomloty#infoPrac1k

Rodzaj interwencji	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Działania informacyjno - edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> • Wiek 5 lat i więcej • Zamieszkiwanie i zameldowanie na terenie gminy Kostomłoty (oświadczenie uczestnika) 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak
Szkolenie personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> • Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami programu, a w szczególności osoby realizujące działania informacyjno - edukacyjne oraz lekarze przeprowadzający interwencję diagnostyczno - terapeutyczną 	<ul style="list-style-type: none"> • Ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 24 miesięcy • Wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim (np. specjalista chorób zakaźnych)
Interwencja diagnostyczno – terapeutyczna	<p>Wizyta lekarska kwalifikująca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zamieszkiwanie i zameldowanie na terenie gminy Kostomłoty (oświadczenie uczestnika) • Osoby przebywające w regionach częstego występowania kleszczy lub wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy; • Osoby, u których występują objawy boreliozy z Lyme lub z historią pokłucia przez kleszcze <p>Badania diagnostyczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osoby, u których podczas wizyty kwalifikacyjnej stwierdzono objawy boreliozy z Lyme, inne niż rumień wędrujący, sugerujące obecność aktywnego zakażenia krętkami <i>Borrelia burgdorferi</i> wraz z prawdopodobną historią pokłucia przez 	<ul style="list-style-type: none"> • Pozostawanie pod opieką Poradni Chorób Zakaźnych z powodu diagnostyki i leczenia boreliozy (świadczenia gwarantowane w ramach NFZ)

	kleszcze. Wizyta lekarska kontrolna • Osoby po wykonaniu badania diagnostycznego	
--	---	--

Tabela 3: Kryteria włączenia oraz kryteria wyłączenia do poszczególnych etapów programu polityki zdrowotnej

3. Planowane interwencje

Działania informacyjno-edukacyjne nakierowane na profilaktykę boreliozy w populacji ogólnej:

- obejmujące akcję informacyjną mającą na celu przekazanie mieszkańcom podstawowych założeń programu polityki zdrowotnej, proces aktywnej rekrutacji do programu, który może polegać na np.: kontakcie telefonicznym, prowadzeniu naborów w wybranych lokalizacjach (przedszkola, szkoły, lokalne ośrodki zdrowia, zakłady pracy, ośrodki rekreacyjne/sportowe itp.) oraz podczas regionalnych imprez plenerowych takich jak np. pikniki, jarmarki, wydarzenia sportowe, dni zdrowia, spotkania z samorządowcami itp.
- obejmujące kampanię edukacyjną mającą na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji docelowej na temat głównych czynników zwiększających ryzyko zakażenia boreliozą z Lyme , sposobów ochrony przed kleszczami, rekomendowanych środków odstraszających kleszcze oraz sposobu ich użycia, sposobów ograniczenia przenoszenia chorób odkleszczowych w gospodarstwach domowych, prawidłowego usuwania kleszczy wraz z omówieniem znaczenia ich szybkiego usunięcia, niepokojących objawów występujących po ukąszeniu kleszcza, które mogą świadczyć zakażeniu boreliozą z Lyme i wymagają przebadania przez specjalistę ochrony zdrowia ,
- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Gminy Kostomłoty, Realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.), forma oraz zakres tematyczny działań edukacyjnych powinien być dopasowany do wieku uczestników oraz do grupy zawodowej.

- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne sporządzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Głównego Inspektora Sanitarnego),
- obejmujące indywidualną edukację zdrowotną pacjenta podczas interwencji 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;

Szkolenia 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,
- 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;

Interwencja diagnostyczno – terapeutyczna: jest realizowana tylko w przypadku braku dostępu do świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki boreliozy, na terenie realizacji programu.

Wizyta lekarska kwalifikująca:

- Podczas wizyty kwalifikującej zostanie przeprowadzony wywiad obejmujący: ocenę ryzyka narażenia na kontakt z kleszczami, historię pokłucia przez kleszcze oraz występujące objawy, oraz uczestnik wypełni pre – test oceniający poziom wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia boreliożą.
- Osoby, u których zostanie wykluczone podejrzenie boreliozy z Lyme zostaną poddane indywidualnej edukacji, otrzymają materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób

odkleszczowych w tym boreliozy oraz wypełnią post – test oceniający poziom wiedzy uczestnika w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia boreliożą.

- Osoby, u których stwierdzone zostanie podejrzenie boreliozy z Lyme we wczesnym stadium na podstawie występowania rumienia wędrującego otrzymają zalecenia dotyczące antybiotykoterapii oraz skierowanie do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia oraz wypełnią post – test oceniający poziom wiedzy uczestnika w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia boreliożą. Zastosowanie antybiotykoterapii jest zgodne z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

Badania diagnostyczne

- W przypadkach stwierdzenia podczas wizyty lekarskiej kwalifikującej występowania innych objawów niż rumień wędrujący, uczestnik zostanie skierowany przez lekarza na badania diagnostyczne, tj. test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG oraz test potwierdzający techniką Western blot

Wizyta lekarska kontrolna

- Wynik badania zostanie przekazany uczestnikowi na wizycie kontrolnej, na której uczestnik uzyska informacje na temat dalszego postępowania tj. w przypadku:
 - ◆ pozytywnego wyniku – osoby otrzymają zalecenia dotyczące farmakoterapii i skierowania do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia. Ponadto otrzymają materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych w tym boreliozy oraz zostaną poddane indywidualnej edukacji i wypełnią post – test oceniający poziom wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia boreliożą.;
 - ◆ negatywnego wyniku – osoby otrzymają materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych w tym boreliozy oraz zostaną poddane indywidualnej edukacji i wypełnią post – test oceniający poziom wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia boreliożą.

3.1 Dowody skuteczności planowanych działań

Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku zakażenia krętkiem *Borrelia burgdorferi* w grupach ryzyka z zastosowaniem 2-etapowego modelu diagnostycznego, rekomendują następujące organizacje zrzeszające ekspertów klinicznych:

- French Scientific Societies (FSS) 2019
- Nova Scotia Infectious Diseases Expert Group (IDEG) 2019
- Prince Edward Island (PEI) 2019
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2019
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2018
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2018
- European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) 2018
- Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLChZ) 2018
- German Dermatology Society (GDS) 2017
- Oregon Health Authority (OHA) 2016

Należy zwrócić uwagę na edukację populacji w kierunku profilaktyki pierwotnej boreliozy skupionej na nieswoistych metodach ochrony przed kleszczami oraz codziennej inspekcji ciała po aktywności w obszarach bytowania kleszczy. Zgodnie z danymi GIS podatność człowieka na zakażenie wzrasta z uwagi na kontakt z kleszczami, wskutek spędzania wolnego czasu w środowisku naturalnym, które jest także środowiskiem bytowania kleszczy (GIS 2018).

Rekomendacje poruszające kwestię profilaktyki pierwotnej są zgodne w zakresie ochrony przed kleszczami. Działania profilaktyczne powinny obejmować noszenie jasnej odzieży, długich spodni schowanych w skarpety oraz koszul z długimi rękawami. Ponadto w przypadku wizyty w miejscach bytowania kleszczy zaleca się dokonanie dokładnego przeglądu ciała w celu ich ewentualnego odnalezienia (FSS 2019, PEI 2019, GDS 2017).

Wszystkie rekomendacje wskazują, że diagnostyka laboratoryjna boreliozy z Lyme jest uzasadniona jedynie w przypadku wystąpienia u pacjenta objawów klinicznych (FSS 2019, IDEG 2019, PEI 2019, PTEiLChZ 2018, CDC 2018, NICE 2018, ESCMID 2018, GDS 2017, OHA 2016). Należy mieć także na uwadze, że diagnozę można postawić już po pojawieniu się pierwszych charakterystycznych objawów klinicznych, takich jak rumień wędrujący (IDEG 2019, PEI 2019, PTEiLChZ 2018, NICE 2018, ESCMID 2018, GDS 2017). Zgodnie z zaleceniami, podstawową metodą diagnostyki laboratoryjnej boreliozy z Lyme jest dwustopniowy test serologiczny, polegający na wykrywaniu swoistych przeciwciał metodą ELISA oraz potwierdzenie techniką Western blot³¹ (FSS 2019, IDEG 2019, PEI 2019, PTEiLChZ 2018, CDC 2018, NICE 2018, ESCMID 2018, GDS 2017, OHA 2016). Warto zauważyć jednak, że pozytywny wynik testów serologicznych bez występowania u pacjenta objawów klinicznych, nie jest podstawą do rozpoznania boreliozy z Lyme (FSS 2019, NICE 2018, ESCMID 2018, GDS 2017). Nie jest zalecane wykorzystywanie diagnostyki serologicznej do badania reakcji na zastosowane leczenie (FSS 2019, CDC 2018)

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach programu zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Otrzymanie świadczeń zdrowotnych będzie możliwe po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta na udział w programie.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej:

- osoby spoza grup ryzyka: ich udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych;
- osoby, które w trakcie wizyty lekarskiej 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;

³¹Pancewicz S, Garlicki A, Moniuszko-Malinowska A i wsp., Diagnostyka i leczenie chorób przenoszonych przez kleszcze. Rekomendacje polskiego towarzystwa epidemiologów i lekarzy chorób zakaźnych, Przegląd Epidemiologiczny 2015; 69: 421 – 428

- osoby, u których w trakcie wizyty lekarskiej 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;
- osoby z pozytywnym wynikiem dwuetapowej diagnostyki serologicznej: ich udział kończy się po wizycie lekarskiej kontrolnej, podczas której uczestnik otrzyma materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych w tym boreliozy, zalecenia dotyczące farmakoterapii oraz skierowanie do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia;
- osoby z negatywnym wynikiem dwuetapowej diagnostyki serologicznej: ich udział kończy się po wizycie lekarskiej kontrolnej, podczas której uczestnik otrzyma materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych w tym boreliozy;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ (wypełnienie oświadczenia o chęci zakończenia uczestnictwa w programie - załącznik 2);
- zakończenie realizacji PPZ;

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Lp.	Czas trwania etapu od	Czas trwania etapu do	Opis
1.	15.01.2026	15.01.2026	Decyzja o rozpoczęciu prac nad projektem PPZ
2.	01.02.2026	31.03.2026	Opracowanie projektu oraz zaplanowanie budżetu PPZ
3.	01.04.2026	24.04.2026	Przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności projektu PPZ 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)
4.	25.04.2026	31.05.2026	Podjęcie uchwały o przyjęciu do realizacji PPZ
5.	01.09.2026	31.10.2026	Przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru realizatorów PPZ zgodnie z art 8b ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej realizowanych ze środków publicznych
6.	01.11.2026	30.11.2026	Wybór realizatorów i podpisanie umów z realizatorami
7.	01.01.2027	31.12.2029	Przeprowadzanie akcji informacyjnej (informowanie o możliwości udziału w programie)
8.	01.01.2027	31.12.2029	Przeprowadzanie interwencji: działania informacyjno – edukacyjne, szkolenia personelu medycznego, interwencje diagnostyczno – terapeutyczne
9.	01.01.2027	31.12.2029	Bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację

10.	01.01.2028	31.01.2028	Przygotowanie raportu z realizacji działań w roku 2027 (raport okresowy)
11.	01.01.2029	31.01.2029	Przygotowanie raportu z realizacji działań w roku 2028 (raport okresowy)
12.	01.01.2030	31.01.2030	Przygotowanie raportu z realizacji działań w roku 2029 (raport okresowy)
13.	31.12.2029	31.12.2029	Zakończenie realizacji PPZ
14.	01.01.2030	31.01.2030	Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji

Tabela 4: Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

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

Koordynatorem programu będzie Gmina Kostomłoty. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. po.633 z późn. zm.)
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (DZ.U. 2013 poz. 1522) z jednoczesnym wymogiem położenia na terenie gminy Kostomłoty
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: fizjoterapeutów, lekarzy, pielęgniarki, asystentów medycznych i edukatorów medycznych
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym, a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 4). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008r. O prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. 2022 poz.1876), ustawą z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2022 poz. 1555) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019 poz. 1781).

Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie. Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie (załącznik 1) przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto uczestnicy programu muszą zostać poinformowani o źródłach finansowania programu. O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia. Uczestnicy będą włączani do programu do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Gminą Kostomłoty a realizatorem.

Informowanie o możliwości udziału w programie będzie prowadzone przez Realizatorów programu oraz Gminę Kostomłoty. W celu uzyskania jak największej zgłaszalności do programu dopuszcza się akcję informacyjną w formie plakatów, ulotek, indywidualnych zaproszeń, kampanii w mediach społecznościowych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechniania informacji o programie będzie dostosowany do specyfiki danej populacji i ostatecznie będzie zależny od narzędzi wybranych przez Realizatorów.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitoring programu będzie prowadzony w zakresach:

- oceny zgłaszalności do programu,
- oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie.

Monitorowanie programu: ocena zgłaszalności

Lp.	Wskaźnik
1.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali wizytę lekarską kwalifikującą
2.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali badania diagnostyczne
3.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali wizytę lekarską kontrolną
4.	Liczba świadczeniobiorców , którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym
5.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrezygnowali z udziału w programie
6.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali szkolenie dla personelu medycznego

Tabela 5: Monitorowanie programu - wskaźniki oceny zgłaszalności

Monitorowanie programu: ocena jakości świadczeń

Lp.	Wskaźnik
1.	Liczba uczestników programu, którzy wzięli udział w badaniu satysfakcji
2.	Liczba udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego

Tabela 6: Monitorowanie programu – wskaźniki oceny jakości świadczeń

W ramach monitoringu, każdy realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- sprawozdania rocznego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik 4 do programu;
- analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej załącznik 3 do programu.

Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

2. Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w sprawozdaniu końcowym (załącznik 4) oraz raporcie końcowym z realizacji całego PPZ, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie (dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie) i pośrednie (niezbędne do realizacji programu, ale nie dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie, zalicza się do nich np. zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową, koszty związane z ewaluacją i monitorowaniem programu). Oszacowania wartości maksymalnej dokonano z wykorzystaniem taryfikacji zgodnie z aktualną wyceną świadczeń na rok 2026.

Lp.	Działanie	Jednostka	Koszt jednostkowy zł brutto
Koszty bezpośrednie			
1.	Szkolenie personelu medycznego	szkolenie	5000,00
2.	Wizyta lekarska kwalifikująca	sztuka	200,00
3.	Edukacja	sztuka	50,00
4.	Pobranie krwi do badań laboratoryjnych	sztuka	50,00
5.	Test diagnostyczny ELISA w klasie IgM i IgG	sztuka	150,00
6.	Test diagnostyczny Western Blot	sztuka	350,00
7.	Wizyta lekarska kontrolna	sztuka	200,00
Koszty pośrednie			
8.	Informacja i promocja	-	2 400,00
9.	Obsługa administracyjno - księgową	-	3 600,00

10.	Ewaluacja i monitorowanie	-	3 600,00
-----	---------------------------	---	----------

Tabela 7: Budżet programu - koszty jednostkowe realizacji programu.

W kalkulacji założono, że interwencji w Programie można poddać 100 uczestników rocznie, którzy skorzystają z interwencji diagnostyczno – terapeutycznej oraz edukacji. W przypadku innej niż ww szacunkowa ilość osób, które skorzystają ze świadczeń, środki można przeznaczyć zgodnie z realnym zapotrzebowaniem i stanem, jednakże suma kosztów nie może przekroczyć budżetu Programu.

2. Koszty całkowite

Całkowity budżet programu został określony na 200 000,00 zł.

Lp.	Rodzaj kosztu	Rok 2027		Rok 2028		Rok 2029	
		Ilość	Koszt całkowity brutto	Ilość	Koszt całkowity brutto	Ilość	Koszt całkowity brutto
Koszty bezpośrednie							
1.	Szkolenie personelu medycznego	1	5 000,00	0	0	1	5 000,00
2.	Wizyta lekarska kwalifikująca	100	20 000,00	100	20 000,00	100	20 000,00
3.	Edukacja	100	5 000,00	100	5 000,00	100	5 000,00
4.	Pobranie krwi do badań laboratoryjnych	80	4 000,00	60	3 000,00	60	3 000,00
5.	Test diagnostyczny ELISA w klasie IgM i IgG	80	12 000,00	60	9 000,00	60	9 000,00
6.	Test diagnostyczny Western Blot	8	2 800,00	6	2 100,00	6	2 100,00
7.	Wizyta lekarska kontrolna	80	16 000,00	60	12 000,00	60	12 000,00

Koszty pośrednie								
8.	Informacja i promocja		2 400,00		2 000,00		2 000,00	
9.	Obsługa administracyjno - księgową		3 600,00		3 600,00		3 600,00	
10.	Ewaluacja i monitorowanie		3 600,00		3 600,00		3 600,00	
	RAZEM		74 400,00		60 300,00		65 300,00	
			200 000,00					

Tabela 8: Budżet programu – koszty całkowite Programu z podziałem na poszczególne lata trwania Programu

3. Źródła finansowania

Program w założeniu finansowany jest w całości ze środków własnych Gminy Kostomłoty. Gmina w latach 2027-2029 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie działań realizowanych w Programie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Dolnośląski Urząd Wojewódzki oraz Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego.

VII. Bibliografia

1. Borchers AT, Keen CL, Huntley AC, Gershwin ME, Lyme disease: A rigorous review of diagnostic criteria and treatment. *J Autoimmun.* 2014; 57: 82–11
2. Dane Urzędu Gminy Kostomłoty (<https://www.kostomloty.pl>)
3. Dziubek Z., Choroby zakaźne i pasożytnicze, Wydawnictwo PZWL 1996, s. 162-165
4. 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>
5. Gajewski P, Interna Szczeklika, Wydawnictwo MP 2020, s. 1314-1317
6. Gąsiorowski J, Diagnostyka boreliozy, *Medycyna pracy*, 2007, 58 (5): 439-447
7. https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Kostomloty#infoPrac1k
8. Korczak-Rogoń A, Borelioza, przewodnik dla lekarzy pierwszego kontaktu, *α-medica press*, 2020
9. 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
10. Moniuszko A, Pancewicz S, Czupryna P et al.: Erythema migrans jako patognomiczny objaw choroby z Lyme. *Polski Merkurusz Lekarski* 2013; 35: 230–232
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
12. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026

13. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w 2023 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrocławiu [<https://www.gov.pl/web/wsse-wroclaw/ocena-stanu-sanitarnego-województwa>]
14. Panacewicz S, Borelioza z Lyme – zasady rozpoznawania i leczenia, *Pediatrics i Medycyna Rodzinna* 2014, 10 (2),s. 163-173
15. Panacewicz S, Garlicki A, Moniuszko-Malinowska A i wsp., Diagnostyka i leczenie chorób przenoszonych przez kleszcze. Rekomendacje polskiego towarzystwa epidemiologów i lekarzy chorób zakaźnych, *Przebieg Epidemiologiczny* 2015; 69: 421 – 428
16. 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
17. 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
18. 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).
19. 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.]
20. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
21. 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

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

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

VIII. Załączniki

Załącznik 1

WZÓR Karty Uczestnika Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027-2029

1. Dane uczestnika Programu

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	

2. Zgoda na udział w Programie oraz oświadczenia

Ja niżej podpisana (y) oświadczam, że w chwili aplikowania do Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy wśród mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027-2029 (dalej zwany „Programem”) mieszkam na terenie Gminy Kostomłoty w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału w Programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że Program finansowany jest ze środków Gminy Kostomłoty.

Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych i nie uczestniczyłam(em) w tego typu programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w Programie i jestem świadom faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przekazanie moich danych osobowych (m.in. imię i nazwisko, nr pesel, rodzaj otrzymanego świadczenia) Samorządowi Gminy Kostomłoty oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

.....
(data i podpis Uczestnika Programu)

3. Kwalifikacja do Programu

Data rozpoczęcia udziału w Programie	
Data zakończenia udziału w Programie	

Przyczyna zakończenia udziału w Programie	
---	--

4. Świadczenia uzyskane w ramach Programu

Interwencja diagnostyczno - terapeutyczna			
Wizyta lekarska kwalifikująca (data udzielenia świadczenia)	Historia pokłucia przez kleszcze	TAK	NIE
	Wykluczenie podejrzenia boreliozy na podstawie objawów	TAK	NIE
	Rozpoznanie boreliozy na podstawie obecności rumienia wędrującego i skierowanie na antybiotykoterapię	TAK	NIE
	Podejrzenie boreliozy i skierowanie na badania diagnostyczne	TAK	NIE
Badania diagnostyczne (data udzielenia świadczenia)	ELISA IgG	(+)	(-)
	ELISA IgM	(+)	(-)
	WESTERN BLOT	(+)	(-)
Wizyta lekarska kontrolna (data udzielenia świadczenia)	Rozpoznanie boreliozy, skierowanie na antybiotykoterapię i do Poradni Chorób zakaźnych	TAK	NIE
	Wykluczenie boreliozy	TAK	NIE
Edukacja (data udzielenia świadczenia)			
Ewaluacja edukacji	Wynik pre – testu : Wynik post – testu :	Minimum 60% poprawnych odpowiedzi w post – teście TAK NIE	

Załącznik 2

WZÓR Pisemnej rezygnacji z udziału w Programie Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027-2029

Rezygnacja z udziału w Programie Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027-2029

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w Programie Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027-2029

.....
(data i podpis)

Załącznik 3

WZÓR Ankiety satysfakcji uczestników Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027-2029

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027-2029. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5 lub „nie dotyczy” gdzie:

1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą, a „nie dotyczy” oznacza, że nie brało się udziału w interwencji.

1. Jak Pani/Pan ocenia rejestrację do programu (szybkość załatwiania formalności, uprzejmość osób rejestrujących)?

1 2 3 4 5

2. Jak Pani/Pan ocenia świadczenia ?

1 2 3 4 5 nie dotyczy

3. Jak Pani/Pan ocenia warunki panujące w przychodni (czystość, wyposażenie poczekalni, oznakowanie gabinetów)?

1 2 3 4 5 nie dotyczy

4. Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

podmiotu leczniczego (szpitala, przychodni),

od lekarza rodzinnego/pielęgniarki,

Internetu,

inne (jakie?)

Czy uważają Państwo, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?

Tak nie

Inne uwagi

.....
.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik 4

WZÓR Sprawozdania realizatora z przeprowadzonych działań w ramach Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027-2029

Sprawozdanie z realizacji działań w ramach Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy mieszkańców Gminy Kostomłoty na lata 2027-2029

Dane realizatora:

Nr umowy:

Sprawozdanie za okres:

Sprawozdanie z wykonania świadczeń w programie

Lp.	Rodzaj wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali szkolenie dla personelu medycznego	
2.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali lekarską wizytę kwalifikującą	
3.	Liczba świadczeniobiorców, u których rozpoznano boreliozę podczas lekarskiej wizyty kwalifikującej	
4.	Liczba świadczeniobiorców, u których wykonano badania diagnostyczne, z podziałem na ELISA i WESTERN BLOT	
5.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali wizytę lekarską kontrolną	
6.	Liczba świadczeniobiorców, u których rozpoznano boreliozę podczas lekarskiej wizyty kontrolnej	
7.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym	

8.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrezygnowali z udziału w programie	
----	--	--

Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności Programu:

Lp.	Rodzaj miernika	Wartość wskaźnika
1.	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (minimum 60% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test	
2.	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (minimum 75% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test	
3.	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (minimum 60% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test	

Część opisowa, zawierająca m.in. informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu za okres sprawozdawczy.

Lp.	Rodzaj wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba uczestników programu, którzy wzięli udział w badaniu satysfakcji	

2.	Liczba udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego	
----	---	--

Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych programy polityki zdrowotnej mogą być opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego.

Zadaniem własnym Gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców Gminy Kostomłoty. Mając na uwadze powyższy fakt, proponuje się wdrożenie „Programy polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki boreliozy mieszkańców gminy Kostomłoty na lata 2027 – 2029”.

Program profilaktyki boreliozy jest zgodny z Rekomendacją Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (borelioza). Oznacza to, iż zgodnie z art. 48a ust. 5 pkt 1 lit. B ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, program nie wymaga uzyskania opinii Prezesa AOTMiT. Z uwagi na powyższe podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione.

Sporządziła: Sabina Dolińska, inspektor ds. obsługi kancelaryjnej