

UCHWAŁA NR

RADY POWIATU GLIWICKIEGO

z dnia 2026 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie
na rzecz mieszkańców powiatu gliwickiego na lata 2026 - 2027**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt. 2 i art. 12 pkt. 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tj. Dz. U. z 2025 r., poz. 1684, z późn. zm.) oraz art. 8 pkt. 1 i art. 48aa ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

Rada Powiatu Gliwickiego uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców powiatu gliwickiego na lata 2026 - 2027, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Gliwickiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały nr
Rady Powiatu Gliwickiego
z dnia 2026 r.



Powiat Gliwicki

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA BORELIOZIE NA
RZECZ MIESZKANCÓW POWIATU GLIWICKIEGO
NA LATA 2026-2027**

**Wydział Kontroli, Audytu i Zdrowia
Starostwa Powiatowego w Gliwicach
ul. Zygmunta Starego 17
44-100 Gliwice**

Spis treści

1.	Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
1.1.	Opis problemu zdrowotnego	3
	Definicja	3
	Borelioza	3
	Kleszczowe zapalenie mózgu	3
	Etiologia i patogenez chorób odkleszczowych	3
	Czynniki ryzyka	3
	Kliniczne aspekty boreliozy	4
	Borelioza – rozpoznanie i leczenie	5
1.2.	Dane epidemiologiczne	5
	Epidemiologia boreliozy w Polsce i Europie	5
	Sytuacja epidemiologiczna w województwie śląskim	6
	Sytuacja epidemiologiczna w powiecie gliwickim	8
1.3.	Opis obecnego postępowania	11
2.	Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	12
2.1.	Cel główny	12
2.2.	Cele szczegółowe: operacyjne i zdrowotne	12
2.3.	Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	12
3.	Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji jakie są planowane w ramach polityki zdrowotnej	13
3.1.	Populacja docelowa	13
3.2.	Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	13
3.3.	Planowane interwencje	14
3.3.1.	Działania informacyjno-edukacyjne	14
3.3.2.	Szkolenia dla personelu medycznego	15
3.3.3.	Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna	15
3.4.	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	16
3.5.	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	16
4.	Organizacja programu polityki zdrowotnej	16
4.1.	Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów	16
4.2.	Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	17
5.	Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	17
5.1.	Monitorowanie	17
5.2.	Ewaluacja	18
6.	Budżet programu polityki zdrowotnej	19
6.1.	Koszty jednostkowe	20
6.2.	Koszty całkowite	21
6.3.	Źródła finansowania	21
7.	Bibliografia	22

1. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Definicja

Chorobami odkleszczowymi nazywamy choroby zakaźne przenoszone za pośrednictwem drobnych pajęczaków, zwanych kleszczami (*Ixodida*). Zamieszkują one lasy, w szczególności wilgotne lasy liściaste lub mieszane z bogatym podszytem, spotykane są również, na łąkach przyleśnych i w parkach. Głównym przenosicielem chorobotwórczych organizmów jest kleszcz pospolity (*Ixodes ricinus*). Swoją rolę epidemiologiczną odgrywa również kleszcz łąkowy (*Dermacentor reticulatus*). [1-3]

W Polsce najczęściej przenoszone przez kleszcze choroby to: **borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu**.

Borelioza

Borelioza, zwana również chorobą z Lyme lub krętkowicą kleszczową jest chorobą odzwierzęcą, przenoszona przez stawonogi. Jest to choroba infekcyjna, o przewlekłym przebiegu. Podstawowym wektorem krętków *Borrelia burgdorferi* są różne gatunki kleszczy z rodzaju *Ixodes*. Zachorowania na nią zostały opisane po raz pierwszy w połowie lat siedemdziesiątych w USA. Nazwa Lyme pochodzi od nazwy miejscowości o tej samej nazwie w stanie Connecticut w Stanach Zjednoczonych, gdzie w 1972 roku wybuch epidemii umożliwił opisanie tej choroby. Obraz kliniczny jest zróżnicowany i może wiązać się z zajęciem skóry, stawów, układu nerwowego i serca.

Kleszczowe zapalenie mózgu

Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM), to wirusowe zapalenie mózgu, które nazywane jest (*encephalitis ixodica*) – wirusowa choroba ośrodkowego układu nerwowego przenoszona przez kleszcze. Czynnikiem etiologicznym jest należący do rodzaju flawiwirusów wirus wnikaający do organizmu człowieka w następstwie ukąszenia przez kleszcza. [2]

Etiologia i patogenez chorób odkleszczowych

Zarówno borelioza jak i kleszczowe zapalenie mózgu, mają charakter sezonowy. Większość przypadków zachorowań zdarza się późną wiosną i pod koniec lata, ponieważ w tym okresie najczęściej ludzie przebywają w lasach i na łąkach (siedliska kleszczy) w celach rekreacyjnych lub zawodowych, a noszenie lżejszych ubrań, które nieosłaniają całego ciała, ułatwia przedostanie się kleszcza na skórę.

Pamiętać należy o cyklu rozwojowym kleszcza, który trwa dwa lata i składa się z trzech faz: larwy, nimfy i postaci dorosłej. Kleszcze przebywają wśród drzew liściastych, krzewów oraz na łąkach. Uczepione liści lub traw czekają na człowieka lub zwierzę. Kierując się ruchem i wydzielanym ciepłem żywiciela, spadają i przytwierdzają się do skóry. Za zarażenie człowieka najczęściej odpowiedzialne są nimfy, które są najbardziej agresywne. Żerują głównie wiosną i latem a szczyt zachorowania przypada na lipiec i sierpień.

Czynniki ryzyka

Przebywanie na terenach zielonych, podczas pracy lub rekreacji może być związane z narażeniem na kontakt ze stawonogami pasożytniczymi. Grupami zawodowymi najbardziej narażonymi na boreliozę i pozostałe choroby odkleszczowe są pracownicy leśnictwa, rolnictwa. Borelioza należy do chorób nowo pojawiających się lub o wzrastającej częstotliwości występowania. Zachorowalność na nią rośnie w ciągu 20 lat, a jej dalszy wzrost stanowić może istotny problem epidemiologiczny. Zachorowalność na boreliozę w Polsce notuje się od roku 1996 i według Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Państwowego Zakładu

Higieny ma ona tendencje wzrostowe. Rośnie także liczba przypadków boreliozy jako choroby zawodowej, podczas gdy ogólna liczba chorób zawodowych maleje. [2,3,5]

Kliniczne aspekty boreliozy

Różnorodność objawów boreliozy oraz jej podobieństwo do innych chorób znacznie utrudniają rozpoznanie. W Europie najczęściej używa się podziału klinicznego w którym wyróżnia się następujące postacie:

A. Wczesna postać boreliozy z Lyme,

1. Stadium zakażenie ograniczone, które dotyczy skóry:

- a) rumień wędrujący,
- b) chłoniak limfocytarny.

Stadium infekcji wczesnej, to infekcja rozwijająca się w ciągu 60 – 90 dni po ukłuciu kleszcza, w postaci ograniczonych zmian skórnych typu rumień wędrujący lub rzadziej chłoniak limfocytarny.

2. Stadium zakażenie rozsiane, w którym występują zmiany w różnych narządach, i na skórze:

- a) rumień wędrujący mnogi (wtórny),
- b) wczesna neuroborelioza,
- c) zapalenie stawów,
- d) zapalenie mięśnia sercowego,
- e) inne zmiany narządowe.

W tym stadium dochodzi do uogólnienia infekcji, tj. dalszego rozwoju zmian skórnych oraz występowania ostrych zmian zapalnych narządów z zajęciem stawów, serca oraz ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.

B. Pełna postać boreliozy z Lyme:

1. Stadium zakażenie przewlekłe:

- a) późna neuroborelioza,
- b) przewlekłe zapalenie stawów,
- c) zapalenie mięśnia sercowego, inne zmiany narządowe, przewlekłe zapalenie zanikowe skóry, neurologiczne, reumatologiczne lub inne zmiany utrzymujące się przez co najmniej 12 miesięcy.

W tym stadium - stadium przewlekłej infekcji, rozpoczynającej się powyżej roku do kilku lat od zakażenia; w okresie tym występują zmiany skórne w postaci przewlekłego zanikowego zapalenia skóry, dystalnych części kończyn i destrukcyjne zmiany zapalne stawów, przewlekłe zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych. [2]

Borelioza – rozpoznanie i leczenie

Najbardziej typowym objawem boreliozy są zmiany skórne w postaci pierścieniowatego rumienia wędrującego; dodatkowe objawy, takie jak świąd skóry, powiększenie węzłów chłonnych w okolicy zmiany lub objawy ogólne jak ból głowy, gorączka, bóle mięśniowo-stawowe, występują rzadko.

W przypadku wystąpienia rumienia wędrującego testy serologiczne są nieczułe w okresie około dwóch tygodni od zarażenia, dlatego rozpoznanie powinno odbywać się na podstawie obrazu klinicznego choroby. Rozpoznanie każdej postaci klinicznej boreliozy z Lyme wyjątkiem rumienia wędrującego wymaga – dwuetapowego protokołu diagnostycznego.

Według wytycznych europejskich nowoczesna, rutynowa diagnostyka laboratoryjna boreliozy powinna być dwustopniowa. W pierwszym etapie należy wykazać obecność swoistych przeciwciał IgM lub IgG (w zależności od postaci klinicznej) metodą immunoenzymatyczną. W drugim etapie u chorych z wynikami dodatnimi lub wątpliwymi należy wybrać oznaczenia techniką Western blot. [12]

Dodatni wynik badania serologicznego bez klinicznych objawów typowych dla boreliozy z Lyme nie upoważnia do rozpoznania choroby i jej leczenia. Ze względu na możliwość wystąpienia reakcji krzyżowych z antygenami innych drobnoustrojów (np. *Treponema pallidum*, *Ehrlichia* spp., wirusy Herpes, Epsteina – Barr) lub czynnikiem reumatoidalnym). [2]

Leczenie boreliozy opiera się na antybiotykoterapii trwającej przynajmniej 21 dni, która w zależności od postaci klinicznej choroby i tolerancji przez pacjenta obejmuje przede wszystkim: amoksycylinę, doksycylinę, cefuroksym, ceftriakson lub cefotaksym. Pamiętać należy, że borelioza im później zostanie wykryta tym trudniejsza jest do wyleczenia. W pierwszych dniach od ukąszenia przez kleszcza wystarcza zwykle trzy tygodniowa terapia antybiotykowa. [2]

1.2. Dane epidemiologiczne

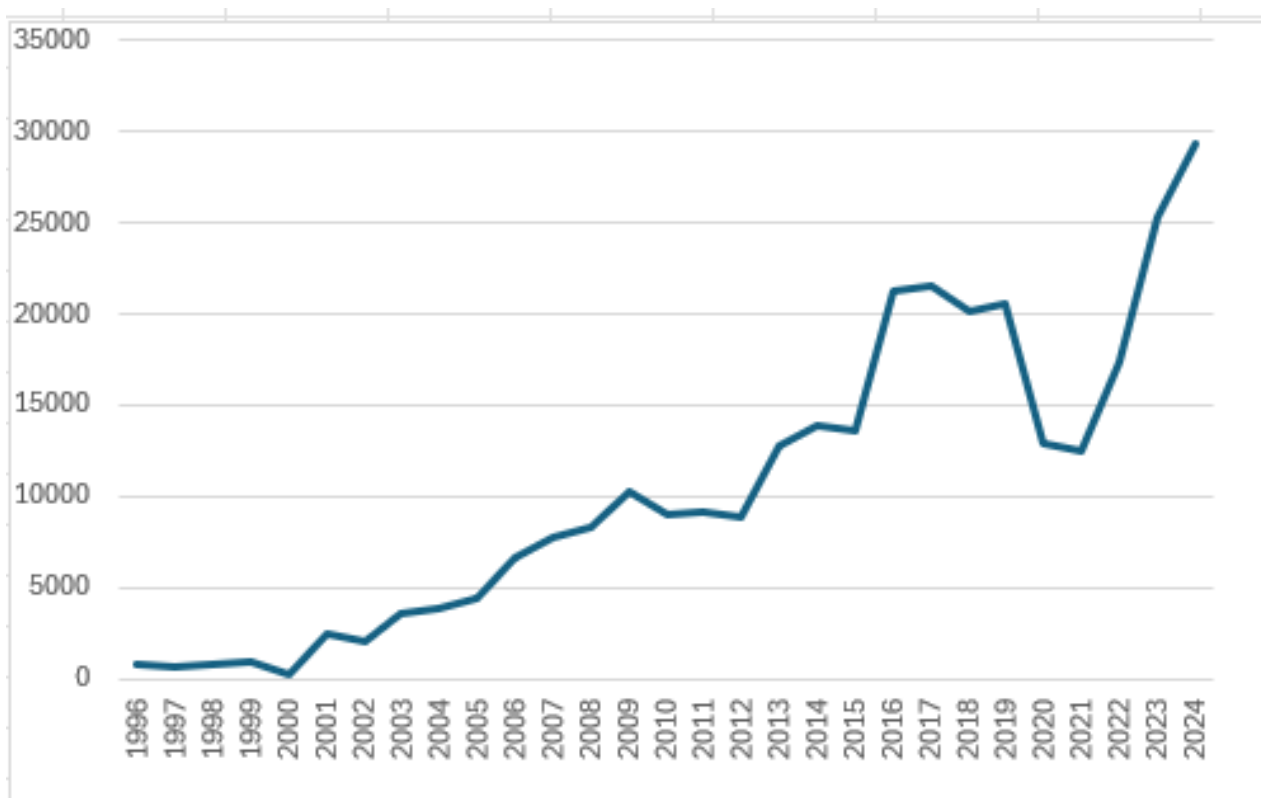
Epidemiologia boreliozy w Polsce i Europie

W Europie od początku lat 90 znacznie wzrosła liczba rejestrowanych przypadków boreliozy z Lyme, a zachorowania odnotowuje się na coraz większym obszarze kontynentu. Rocznie w Europie rejestruje się około 85 tysięcy zachorowań na boreliozę i 3 tysiące zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu. Stosowanie różnych testów diagnostycznych i to, że nie we wszystkich krajach borelioza jest oficjalnie rejestrowana, sprawia, iż dostępne dane epidemiologiczne z poszczególnych krajów są trudne do porównania. Zachorowania na boreliozę z Lyme na terenie Europy pokrywają się z zasięgiem występowania kleszczy *Ixodes ricinus* i obejmują prawie cały kontynent. Najwięcej zakażeń *B.burgdorferi* stwierdza się w Europie Środkowej i Północnej (zapadalność na boreliozę w Austrii wynosi 300 przypadków na 100 000 mieszkańców, w Słowenii – 155, w południowej Szwecji – 80, w Bułgarii -55, w Holandii – 35).[2]

Borelioza od roku 1996 podlega w Polsce obowiązkowi zgłaszania i rejestracji. W pierwszym roku zarejestrowano 751 przypadków tej choroby i od tego momentu liczba rejestrowanych zachorowań systematycznie wzrasta. W roku 2001 zanotowano ponad dwa tysiące przypadków tej choroby, w roku 2005 ponad 4 tysiące, a w roku 2009 już ponad 10 tysięcy, w roku 2015 było to już ponad 13 tysięcy, w roku 2016 ponad 21 tysięcy, a w roku 2024 ponad 29 tysięcy. Tak więc liczba zachorowań stale wzrastała.

Analizując poniższy wykres należy pamiętać, że liczba rejestrowanych przypadków boreliozy może być zaniżona, co może wynikać z problemów rozpoznania tej zoonozy.

Ponadto ze względu na specyficzne i rozciągnięte w czasie objawy wiele przypadków może być zgłaszanych ze znacznym opóźnieniem.



Rys.1 zachorowania na boreliozę zgłoszone w latach 1996-2024.

Źródło: opracowanie własne na podstawie <http://www.borelioza.org/#Statystyki>

Sytuacja epidemiologiczna w województwie śląskim

Analizując sytuację epidemiologiczną w województwie śląskim należy zauważyć, iż od roku 2019 stwierdza się stosunkowo wysoką liczbę przypadków zachorowań.

rok	2019	2020	2021	2022	2023	2024
liczba zachorowań w woj. śląskim	2 215	1 355*	1 314	2 132	3 387	4 159

Tabela: (źródło: Główny Urząd Statystyczny)

* Rok 2020 – czas pandemii, który nie sprzyjał badaniom i profilaktyce (dane mogą być zaniżone), bowiem od marca do maja obowiązywał ścisły reżim sanitarny, mniej wizyt w parkach, lasach. Mniejsza zgłaszalność pacjentów do lekarza.

rok	2019	2020	2021	2022	2023	2024
liczba zachorowań w Polsce	20 629	12 934	12 500	17 369	25 285	29 860

W całej Polsce w roku 2019 zarejestrowano 20 629 zachorowań na boreliozę, czyli o 65% zachorowań więcej niż w ciągu 2021 roku, który był czasem pandemii. Po tym czasie zachorowalność z roku na rok wzrastała. W 2024 roku chorych było już prawie 30 000. Województwo śląskie uplasowało się na II miejscu pod względem ilości zachorowań z liczbą 4 159. Pierwsze miejsce zajęło województwo małopolskie z liczbą 4 527, a trzecie województwo mazowieckie z ilością 3 846 zachorowań. [6]

Wskaźnik zapadalności na boreliozę z Lyme w roku 2023 na 100 tys., mieszkańców kraju wyniósł 67,1 [16]. Zapadalność w województwie śląskim była powyżej średniej krajowej i wyniosła 78,2.[13]

Na rejestrowaną liczbę zachorowań wpływa nie tylko faktyczne narażenie na ukąszenie kleszcza, ale również duża świadomość lekarzy, którzy prowadzą diagnostykę u pacjentów zgłaszających się z objawami mogącymi sugerować boreliozę. [7]

Poniżej dane statystyczne z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru za rok 2024.

BORELIOZA Z LYME: 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.	2207	6964	13438	7251	29860	79,5	1041	3,5
1. Dolnośląskie		74	375	778	339	1566	54,5	78	5,0
2. Kujawsko-Pomorskie		60	185	416	244	905	45,5	45	5,0
3. Lubelskie		190	407	646	462	1705	85,1	81	4,8
4. Lubuskie		96	174	314	171	755	77,7	25	3,3
5. Łódzkie		98	307	541	281	1227	52,1	79	6,4
6. Małopolskie		283	1203	2022	1019	4527	132,0	95	2,1
7. Mazowieckie		218	683	1805	1140	3846	69,8	100	2,6
8. Opolskie		57	183	268	173	681	73,0	43	6,3
9. Podkarpackie		166	575	739	408	1888	91,3	45	2,4
10. Podlaskie		112	342	680	389	1523	134,2	67	4,4
11. Pomorskie		147	388	977	656	2168	91,9	63	2,9
12. Śląskie		322	995	2017	825	4159	96,6	125	3,0
13. Świętokrzyskie		23	135	283	181	622	53,5	20	3,2
14. Warmińsko-Mazurskie		170	357	596	346	1469	108,5	88	6,0
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: http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2021/Ch_2021.pdf Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru. Dane za rok 2024.

BORELIOZA Z LYME: NEUROBORELIOZA (A69.2)

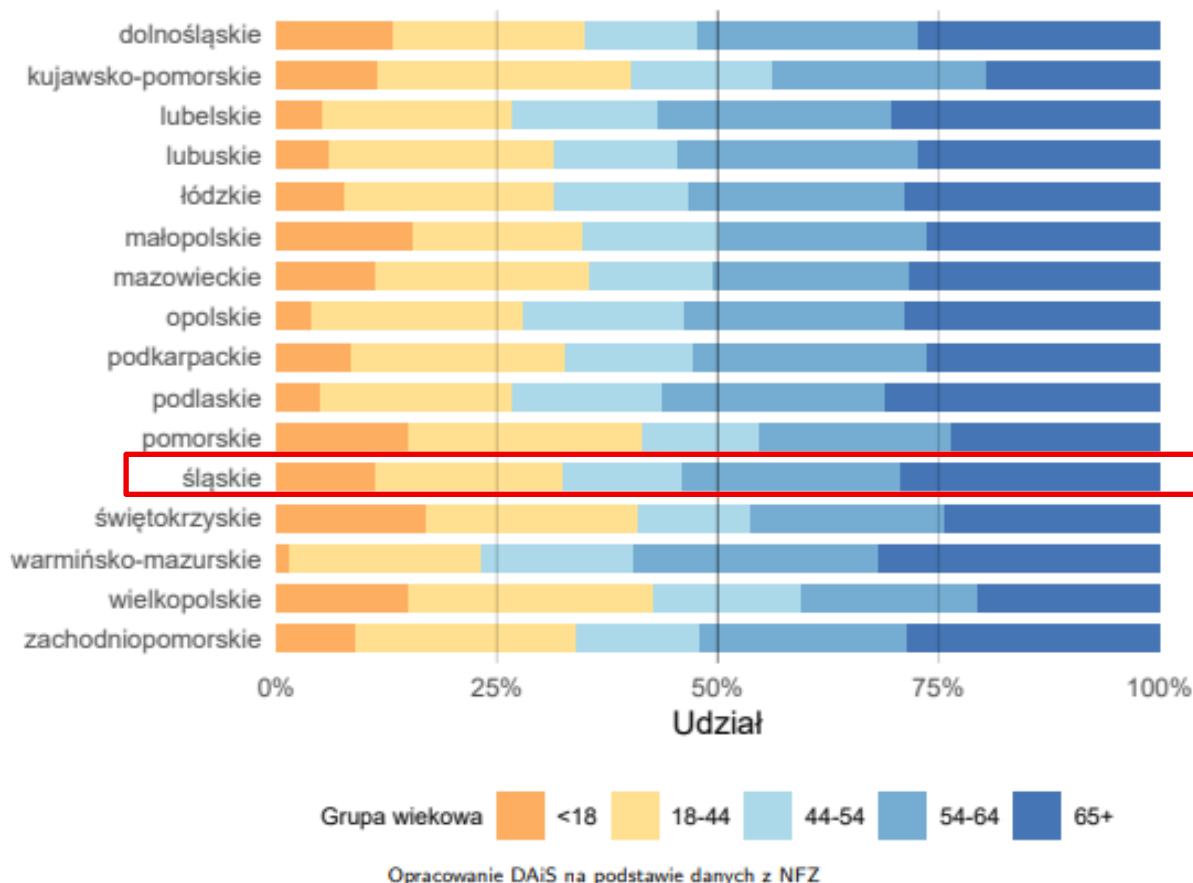
Liczba zachorowań (w kwartałach i ogółem), zapadalność oraz liczba i procent hospitalizowanych wg województw

Województwo		Liczba zachorowań w kwartałach				Liczba zachorowań w roku	Zapadalność na 100 tys.	Hospitalizacja	
		I	II	III	IV			Liczba	%
POLSKA	2023 r.	76	77	160	149	462	1,23	450	97,4
	2024 r.	46	64	163	150	423	1,13	423	100,0
1. Dolnośląskie		7	2	19	14	42	1,46	42	100,0
2. Kujawsko-Pomorskie		2	3	6	9	20	1,00	20	100,0
3. Lubelskie		1	2	2	1	6	0,30	6	100,0
4. Lubuskie		1	3	1	3	8	0,82	8	100,0
5. Łódzkie		5	7	16	19	47	2,00	47	100,0
6. Małopolskie		5	6	10	12	33	0,96	33	100,0
7. Mazowieckie		6	3	17	20	46	0,83	46	100,0
8. Opolskie		1	5	2	7	15	1,61	15	100,0
9. Podkarpackie		1	3	6	7	17	0,82	17	100,0
10. Podlaskie		2	2	7	10	21	1,85	21	100,0
11. Pomorskie		6	5	18	17	46	1,95	46	100,0
12. Śląskie		4	9	29	12	54	1,25	54	100,0
13. Świętokrzyskie		-	-	2	-	2	0,17	2	100,0
14. Warmińsko-Mazurskie		1	3	9	5	18	1,33	18	100,0
15. Wielkopolskie		3	10	9	9	31	0,89	31	100,0
16. Zachodniopomorskie		1	1	10	5	17	1,04	17	100,0

Źródło: http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2021/Ch_2021.pdf Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru. Dane za rok 2024.

Odnosząc się do „Map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych dla województwa śląskiego”, należy zauważyć, że w 2016 r. zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy 'Borelioza' wyniosła 30,7 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 79,9.

Struktura zapadalności na Boreliozę z Lyme rejestrowanej wg. wieku oraz zamieszkania pacjenta. [9]



Sytuacja epidemiologiczna w powiecie gliwickim.

Charakterystyka Powiatu Gliwickiego

Teren Powiatu gliwickiego obejmuje obszar, który zajmuje **66 437 ha** jest podzielony na osiem gmin:

- dwie o charakterze miejskim (Knurów i Pyskowice);
- dwie miejsko – wiejskie (Sośnicowice i Toszek);
- cztery wiejskie: (Gierałtów, Pilchowice, Rudziniec i Wielowieś)



Powiat gliwicki na dzień 31.12.2024 r. liczył **113 125** mieszkańców, z czego **51,5%** stanowiły kobiety, a **48,5%** mężczyźni. Średni wiek mieszkańców to 42,6 lat i był porównywalny do średniego wieku mieszkańców województwa śląskiego i całej Polski. **59%** mieszkańców powiatu gliwickiego było w wieku produkcyjnym, **18,9%** w wieku przedprodukcyjnym i **22,1%** w wieku poprodukcyjnym. Największa pod względem liczby mieszkańców była gmina Knurów **35 422** mieszkańców, a najmniej liczna gmina Wielowieś - **5 767**. [14]

Lesistość w powiecie w roku 2024 wyniosła 33,1%, w województwie śląskim 32,1%, a w Polsce 29,6%. W związku z czym jak widać istnieje duże prawdopodobieństwo ukąszenia przez kleszcze.

Według danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach, w roku 2024 w powiecie gliwickim wskaźnik zapadalności na boreliozę wyniósł 139,95 na 100 tys. osób.

Zachorowalność na boreliozę wg wskaźnika zapadalności na 100 tys. mieszkańców w latach 2013 - 2023 na terenie działalności Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach przedstawia poniższa tabela.

rok	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Powiat gliwicki	51,06	62,17	57,67	78,35	68,14	35,18	24,41	9,98	15,46	58,72	89,44
Ogółem PPIS Gliwice	63,63	56,62	60,7	81,54	56,09	48,14	25,59	7,87	17,09	46,64	70,86

Źródło: PPIS w Gliwicach

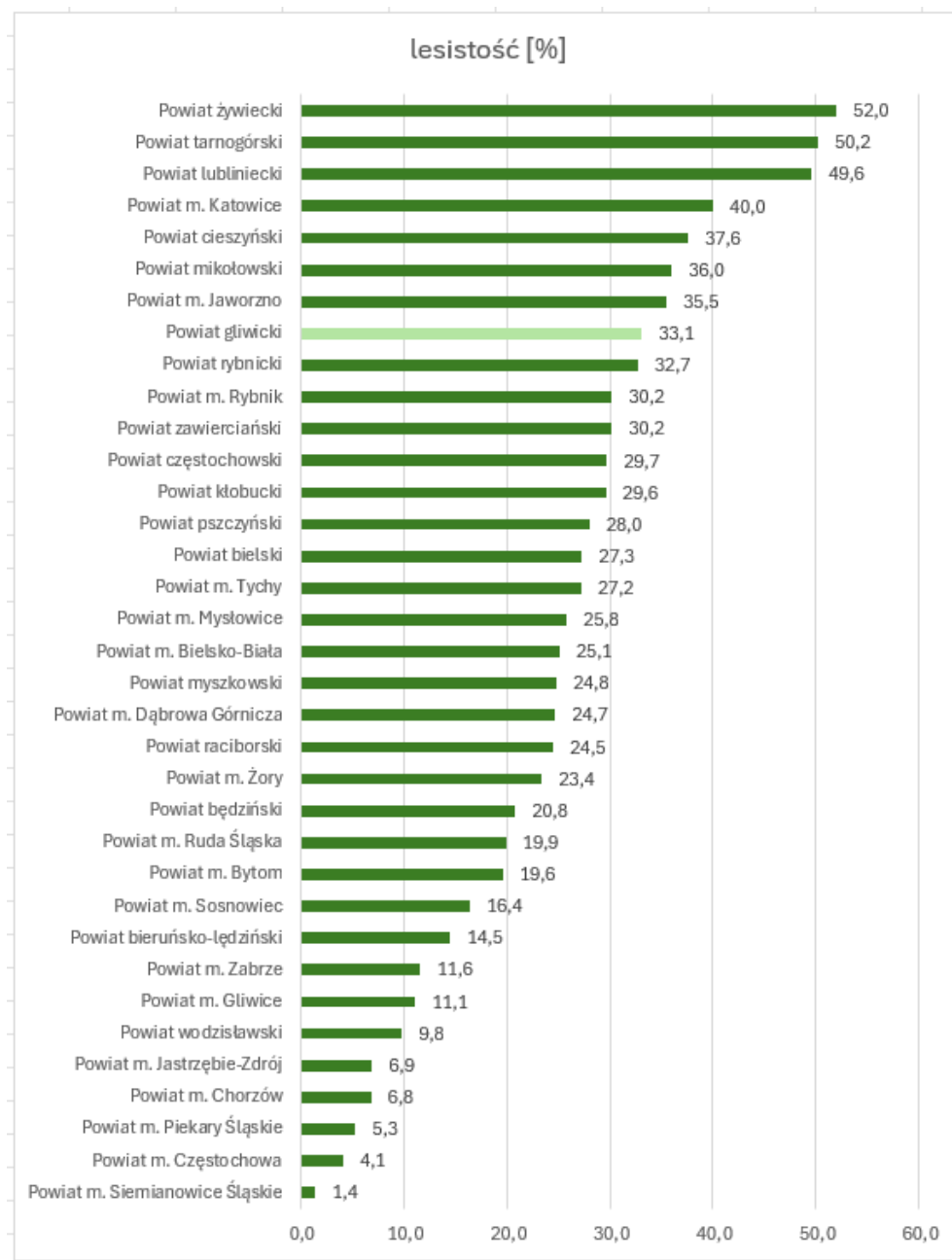
Zgodnie z Oceną Stanu Sanitarno – Epidemiologicznego Powiatu Gliwickiego za rok 2024, zarejestrowano 148 zachorowania na boreliozę (tj. 85 kobiet i 63 mężczyzn). Dwie osoby wymagały hospitalizacji. Wśród ogółu zachorowań zarejestrowano 2 przypadki neuroboreliozy. Głównie chorują osoby dorosłe, ale w 2024 roku zarejestrowano 11 zachorowań u dzieci. Wszystkie osoby chore poddane były antybiotykoterapii. Najwięcej zachorowań odnotowano w gminie Pyskowice. [8]

Z przeprowadzonych wywiadów epidemiologicznych wynika, iż częstym terenem ekspozycji jest nie tylko las, ale również ogródki przydomowe, parki miejskie i alejki spacerowe. Najwięcej zachorowań odnotowano wśród rencistów i emerytów co jest związane z częstszym przebywaniem na terenach zielonych.[8]

Powierzchnia powiatu gliwickiego wynosi 664,3 km² (największą powierzchnię posiada gmina Rudziniec, a najmniejszą gmina Pyskowice), z czego – według danych GUGIK – powierzchnia lasów zajmuje 238,6 km²; stanowi to 35,9% powierzchni powiatu. Ponad 52 % ogólnej powierzchni powiatu zajmują tereny typowo rolnicze – taki charakter ma zwłaszcza środkowa i północna jego część. [10] Powierzchnia Lasów w Powiecie Gliwickim wynosi 22 620,77 ha, co według GUS (stan na 31.12.2024 r.) stanowi lesistość 33,1%.

Obszary leśne występują głównie w północnej i zachodniej części powiatu, czyli na terenie gmin Wielowieś, Toszek, Rudziniec, Pilchowice i Sośnicowice. Przeważają tam głównie bory sosnowe i lasy liściaste. Natomiast na pozostałym obszarze w części południowej i wschodniej, z uwagi na silną urbanizację, uwarunkowania fizjograficzne, wskaźnik lesistości jest dużo niższy (gminy Pyskowice oraz Gierałtowice). Gmina Knurów z kolei cechuje się dość wysokim wskaźnikiem lesistości, wynika to z obecności na terenie gminy Parku Krajobrazowego Cysterskie Kompozycje Rud Wielkich. Ponad połowę tj. 52% powierzchni powiatu zajmują tereny typowo rolnicze, z kolei 32% powierzchni stanowią lasy. Gdy do tego dodamy jeszcze łąki i pastwiska (tj. ponad 6.5 tys. ha co stanowi 10 % powierzchni), to źródło choroby staje się coraz większe. [17]

Powiat gliwicki zajmuje 8. miejsce pod względem lesistości na tle wszystkich 36 powiatów województwa śląskiego, co zaprezentowano na poniższym rys. 2.



Rys. 2. Lesistość powiatów województwa śląskiego w roku 2024

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS (stan na 31.12.2024 r).

1.3. Opis obecnego postępowania

Opierając się na ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 15. ustawy mówi, że świadczeniobiorcy przysługuje świadczenie gwarantowane z zakresu m.in.:

- podstawowej opieki zdrowotnej;
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- leczenia szpitalnego.

Niniejszy program jest uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych dostępnych aktualnie na terenie Polski. Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktach wykonawczych do ww. ustawy, świadczeniobiorcy zapewnia się badanie diagnostyczne, w tym diagnostykę laboratoryjną. Należy mieć jednak na uwadze, że świadczenia te są finansowane przez NFZ w ramach porad specjalistycznych. W celu skorzystania z badań, trzeba udać się do lekarza pierwszego kontaktu. Lekarz ten przeprowadzając wywiad i badając pacjenta, kieruje go do poradni chorób zakaźnych. Opisany program daje możliwość wstępnej weryfikacji stanu zdrowia pacjenta w dużo krótszym czasie.

Profilaktyka czynna (szczepienna) jest niedostępna.

Właściwe postępowanie polega głównie na zapobieganiu boreliozie z Lyme poprzez edukację społeczeństwa w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, która obejmuje:

- stosowanie odpowiedniej odzieży ochronnej podczas przebywania w lesie lub na jego obrzeżach przez osoby pracujące lub odpoczywające w kompleksach zielonych (np. rolnik, leśnik, zbieracze runa leśnego itp.);
 - odpowiednie postępowanie po powrocie z lasu, innych terenów zielonych;
 - odpowiednie usuwanie kleszczy przyczepionych do ciała;
 - stosowanie substancji odstrasżających kleszcze;
 - edukację zdrowotną, polegającą na przekazywaniu podstawowej wiedzy, na temat kleszczy i przenoszonych przez nie chorób;
 - działanie medyczne, polegające na objęciu szczególną opieką zdrowotną pracowników leśnych, rolników.
- [2-3]

Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wśród najczęstszych chorób odkleszczowych w Polsce wymienia się przede wszystkim boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu. Rzadziej występują takie choroby jak babeszjoza, tularemia, rikestrioza. Jednak częstotliwość zachorowań na boreliozę stale się zmienia. Wynika to z wielu czynników, jak m.in. zmian klimatycznych wpływających na zasięg bytowania wektorów licznych patogenów (tj. kleszczy twardych, kleszczy miękkich), zmiany stylu życia związanej z aktywnymi formami wypoczynku, rozwojem turystyki czy zmienności i dużej plastyczności genomów patogenów. Choroby odkleszczowe mają charakter sezonowy i związane są ze wzrostem temperatury i aktywności kleszczy (przypada na okres od połowy kwietnia do listopada).[12]

Według Centralnego Rejestru Chorób zawodowych, prowadzonego w Instytucie Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi, borelioza jest w Polsce najczęstszą chorobą zawodową występującą w sekcji rolnictwa, leśnictwa i łowiectwa oraz najczęstszą chorobą zakaźną. W 2009 roku zarejestrowano 664 przypadki boreliozy jako choroby zawodowej, co stanowiło ponad 20% wszystkich chorób zawodowych, podczas gdy w 1997 r., odsetek ten był znacznie niższy i wynosił 0,8%.[4]

Ryzyko zachorowania przez rolnika, na boreliozę jest równe ryzyku, jakiemu poddany jest pracownik leśnictwa. Oceniając dokładnie ryzyko występowania boreliozy wśród rolników, należy brać pod uwagę specyfikę pracy tej grupy zawodowej. Wobec tego borelioza jest orzekana jako choroba zawodowa nie tylko wśród rolników, lecz także w innych grupach zawodowych.[2]

Zagrożenie ugryzieniem kleszcza dotyczy całego powiatu gliwickiego, a wysokie ryzyko zachorowania, na boreliozę dotyczy nie tylko leśnika czy rolnika, bowiem kleszcze występują nie tylko w lasach, ale i na łąkach, nad rzekami i jeziorami, w ogródkach przydomowych, w zaroślach, a nawet na trawnikach w miastach, miasteczkach i wsiach.

Coraz większa świadomość na temat zachorowań na boreliozę i inne choroby odkleszczowe przyczyniają się do rosnącego zainteresowania badaniami.

Powiat gliwicki dotychczas w swoich zadaniach z zakresu promocji zdrowia podejmował tematykę boreliozy. W latach 2018-2025 realizowane były programy polityki zdrowotnej w ramach, których przebadano łącznie 2 928 osób – mieszkańców powiatu gliwickiego. W poprzedniej edycji Programu na lata 2024-2025 przebadano łącznie 1 049 osób, z czego w 2024 r. pozytywny lub wątpliwy wynik testu na boreliozę miało 110 osób, co stanowiło 21% wszystkich badanych, a w roku 2025 było ich 128 (24% wszystkich badanych). Należy podkreślić, że z roku na rok zainteresowanie programem rośnie.

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki boreliozy wśród 60% uczestników działań edukacyjnych programu.

2.2. Cele szczegółowe: operacyjne i zdrowotne

2.2.1. Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki boreliozy wśród 60% personelu medycznego w zakresie profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia boreliozy.

2.2.2. Zmniejszenie o 20% w okresie trwania całego programu liczby zachorowań na boreliozę wśród osób z terenu realizacji PPZ.

2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

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

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji jakie są planowane w ramach polityki zdrowotnej

3.1. Populacja docelowa

Program adresowany jest do mieszkańców powiatu gliwickiego, który na dzień 31.12.2024 r. zamieszkiwały 113 125 osoby:

- 18,9% stanowiły osoby w wieku przedprodukcyjnym (0-17 lat);
- 59,0% stanowiły osoby w wieku produkcyjnym (18-64 lat mężczyźni, 18-59 lat kobiety);
- 22,1% stanowiły osoby w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej mężczyźni oraz 60 lat i więcej kobiety).

* podział wieku wg. GUS

- Edukacja prowadzona w ramach programu skierowana jest do populacji ogólnej, w tym w szczególności do osób przebywających w regionach częstego występowania kleszczy lub wykonujących zawody narażające kontakt z kleszczem, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy.
- Z uwagi na zróżnicowane potrzeb populacji docelowej, zaleca się dostosowanie form edukacyjnych i informacyjnych (np. grupy wiekowe, zawodowe). Forma oraz treść prowadzonych działań powinny być dostosowane do uczestników. Każda z subpopulacji powinna być zdefiniowana niezależnie, zaś działania skierowane do różnych subpopulacji mogą być prowadzone równolegle.
- Szkolenia w zakresie profilaktyki, diagnostyki laboratoryjnej, interpretacji wyników oraz leczenia boreliozy, prowadzone w ramach programu skierowane są do personelu medycznego np.: lekarzy, lekarzy specjalistów, pielęgniarki, koordynatorów opieki medycznej.
- Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna skierowana jest do osób z grup ryzyka (tzn. przebywających w regionach częstego występowania kleszczy lub wykonujących zawody narażone na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy), u których występują objawy inne niż rumień wędrujący sugerujące obecność aktywnego zakażenia krętkami *Borrelia burgdorferi*.
- Część diagnostyczną planuje się skierować corocznie do min. 500 osób, w tym do max. 95 osób w wieku przedprodukcyjnym.

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

Interwencja PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Edukacja	Populacja ogólna w tym w szczególności osoby przebywające w regionach częstego występowania kleszczy lub wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy.	Brak
Szkolenia dla personelu medycznego	Personel medyczny np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej.	• Ukończenie szkolenia obejmującego tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat; • Wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.
Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna	Wizyta kwalifikująca: • 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.	• Dostęp do świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki boreliozy* *W przypadku przeprowadzenia badań diagnostycznych będących świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi z budżetu państwa należy unikać podwójnego finansowania świadczeń w ramach programu.

	Badania diagnostyczne: - 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 kleszcze. Wizyta kontrolna: - osoby po wykonaniu badania diagnostycznego	
--	--	--

Z każdym pacjentem zostanie przeprowadzony dokładny wywiad lekarski obejmujący kwestionariusz kwalifikacyjny oraz lekarską wizytę diagnostyczno-terapeutyczną, na podstawie których nastąpi kwalifikacja do dalszych badań laboratoryjnych. Kwestionariusz będzie obejmował następujące kwestie: pytania dotyczące ekspozycji na ukłucie przez kleszcza, obecność rumienia wędrującego, okresu od ekspozycji do wykonania badań, terenu, na którym doszło do ekspozycji, sprawności czy samopoczucia. Podstawowym kryterium formalnym dla uczestników programu będzie potwierdzony dokumentem tożsamości lub oświadczeniem fakt zamieszkania na terenie powiatu gliwickiego wraz z wyrażeniem zgody na udział w projekcie.

3.3. Planowane interwencje

3.3.1. Działania informacyjno-edukacyjne

- Działania edukacyjne powinny być kierowane do określonej, jasno zdefiniowanej w projekcie PPZ grupy docelowej. Forma oraz zakres tematyczny działań edukacyjnych powinien być dopasowany do wieku uczestników oraz grupy zawodowej.
- Działania informacyjne powinny uwzględniać proces aktywnej rekrutacji do programu.
- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest do wypełnienia post-testu po zakończeniu zajęć edukacyjnych.
- Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej przeciwko boreliozie z Lyme.
- Kampania edukacyjno-informacyjna powinna być nakierowana na podniesienie wiedzy populacji docelowej nt. profilaktyki boreliozy oraz poruszać m.in. tematy:
 - epidemiologia, objawy kliniczne, możliwy przebieg, postaci boreliozy, diagnostyka i metody leczenia, a także inne choroby odkleszczowe;
 - główne czynniki zwiększające ryzyko zakażenia boreliozą z Lyme;
 - sposoby ochrony przed kleszczami;
 - sposoby ograniczenia przenoszenia chorób odkleszczowych w gospodarstwach domowych;
 - sposoby postępowania w przypadku pokłucia przez kleszcza;
 - mita i fakty dotyczące kleszczy.

* W pierwszej kolejności należy wykorzystać dostępne gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich): Główny Inspektorat Sanitarny <http://www.gov.pl/web/gis/borelioza>; Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia <http://pacjent.gov.pl/aktualnosc/uwazaj-na-kleszcze> i <http://pacjent.gov.pl/aktualnosc/gdy-ukasi-cie-kleszcz>, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH <http://www.pzh.gov.pl/projekty-i-programy/profilaktyka-chorob-odkleszczowych/borelioza-z-lyme/>, Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne <http://www.gov.pl/web/gis/stacje-sanitarne-epidemiologiczne>.

3.3.2. Szkolenia dla personelu medycznego

- Warunkiem przystąpienia do szkolenia jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest do wypełnienia post-testu po zakończeniu szkolenia.
- Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, seminaria, materiały audiowizualne, telekonferencje.
- W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez aktualne wytyczne metodami w zakresie profilaktyki, diagnostyki laboratoryjnej, interpretacji wyników oraz leczenia boreliozy.
- Tematyka poruszana na szkoleniach i/lub w materiałach edukacyjnych powinna w szczególności obejmować:
 - kryteria rozpoznania boreliozy (objawy kliniczne + potwierdzenie serologiczne);
 - interpretacja wyników testów IgM i IgG;
 - diagnostyka i leczenie boreliozy zgodnie z obowiązującą wiedzą EBM;
 - diagnostyka różnicowa, szczególnie z uwzględnieniem objawów stawowych i neurologicznych.
- W ramach szkoleń zaleca się ujęcie analizy przypadków pacjentów w celu wskazania prawidłowego postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadkach budzących wątpliwości.;
- Edukacja powinna mieć charakter naukowo-profesjonalny.

3.3.3. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna

Interwencja jest realizowana tylko w przypadku braku dostępu doświadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki boreliozy, na terenie realizacji programu.

- Wizyta kwalifikująca
 - Podczas wizyty kwalifikującej zostanie przeprowadzony wywiad obejmujący: ocenę ryzyka narażenia na kontakt z kleszczami, historię pokłucia przez kleszcze oraz występujące objawy.
 - Osoby, u których potwierdzone zostanie podejrzenie boreliozy z Lyme we wczesnym stadium na podstawie występowania rumienia wędrującego, uczestnik otrzyma zalecenia dotyczące antybiotykoterapii oraz skierowanie do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia. Zastosowanie antybiotykoterapii jest zgodne z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.
- Badania diagnostyczne
 - W przypadkach występowania innych objawów niż rumień wędrujący, pacjent zostanie skierowany przez lekarza na badania diagnostyczne, tj. test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG oraz test potwierdzający techniką Western blot.
- Wizyta kontrolna
 - Wynik badania zostanie przekazany pacjentowi na wizycie kontrolnej, na której pacjent uzyska także informacje na temat dalszego postępowania tj. w przypadku:
 - pozytywnego wyniku – osoby otrzymają zalecenia dotyczące antybiotykoterapii 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;
 - negatywnego wyniku – osoby otrzymają materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych w tym boreliozy.

3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

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

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

4.1. Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

1. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust. 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczególnymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
7. Zakończenie realizacji PPZ.
8. Rozliczenie finansowania PPZ.
9. Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

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

Program będzie realizowany przez podmiot wyłoniony w konkursie. Beneficjent powinien dysponować kadrą, pomieszczeniami niezbędnymi do realizacji powierzonego zadania. Zakładamy, że podmiot ten będzie tak zlokalizowany, aby zapewnić równy dostęp wszystkim mieszkańcom powiatu. Przedstawiony program pozwala na wstępną weryfikację stanu zdrowia w krótszym czasie, w uproszczonej procedurze, w związku z czym istnieje duże prawdopodobieństwo, że osoby chętniej poddadzą się ocenie lekarza specjalisty.

Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań. W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. W pomieszczeniach, w których odbywać się będzie pobieranie krwi, będą się znajdowały: umywalka z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz płynem dezynfekcyjnym, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użytku. Utylizacja zużytego sprzętu medycznego oraz materiałów odbędzie się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie normami oraz przepisami prawa.

Realizatorem programu będzie podmiot prowadzący działalność leczniczą oraz funkcjonujący na terenie powiatu gliwickiego.

Wymagania dotyczące personelu

Etap PPZ	Wymagania wobec personelu
Edukacja	Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dot. chorób odkleszczowych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
Szkolenia dla personelu medycznego	Lekarz posiadający wiedzę w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy („expert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu. Optymalnie: spełniający powyższe kryteria lekarze ze specjalizacją w dziedzinie chorób zakaźnych.
Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna	Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjnym;

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba osób, które wzięły udział w interwencji diagnostyczno-terapeutycznej w etapie wizyta kwalifikująca;
- liczba osób, które wzięły udział w interwencji diagnostyczno-terapeutycznej w etapie badanie diagnostyczne;
- 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),
 - liczbę osób, u których po teście ELISA przeprowadzono test Western blot, wraz z wynikiem tego testu (dodatni, ujemny, niejednoznaczny);
- liczba osób, które wzięły udział w interwencji diagnostyczno-terapeutycznej w etapie wizyta kontrolna;
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami PPZ, wraz ze wskazaniem przyczyn;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ (uczestnika), w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

5.2. 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 co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętym monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetka uczestników programu, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie profilaktyki boreliozy;
- odsetka uczestników z grupy personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) w zakresie profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia boreliozy;

odsetka osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy na podstawie objawu w postaci rumienia wędrującego, podczas wizyty kwalifikującej;

- odsetka osób z pozytywnym wynikiem badania serologicznego w kierunku boreliozy z Lyme;
- odsetka osób, u których doszło do zachorowania na boreliozę w populacji osób z terenu realizacji PPZ w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu;

Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić:

- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia;
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

Monitorowanie i ewaluacja działań będą obowiązkiem beneficjenta programu. Realizator będzie zobowiązany do przekazania sprawozdania częściowego oraz końcowego, które będą zawierać analizę uzyskanych mierników efektywności z całego okresu trwania projektu.

Monitoring i ewaluacja programu obejmą analizę podstawowych zagadnień tj.:

- zgłaszalność do programu uczestników (stałe kryterium oceny programu);
- jakość świadczeń udzielanych w ramach realizacji projektu;
- analiza efektywności realizacji programu.

Zebrane informacje posłużą do udokumentowania efektów programu, jego doskonalenia i modyfikacji oraz uszczegółowienia działań w kolejnych latach realizacji.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

Program PPZ jest programem wieloletnim (2026-2027). Z uwagi na procedurę corocznego uchwalania budżetu dla powiatu gliwickiego, kwota na realizację powyższego programu w danym roku kalendarzowym, będzie ustalana przez Zarząd powiatu na początku roku kalendarzowego. Szczegółowe zaś wydatkowanie przydzielonej kwoty na realizację programu zostanie określone przed przyjęciem programu do realizacji na podstawie realnych kosztów rynkowych. Program będzie przyjmowany do realizacji w drodze uchwały Rady Powiatu w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej do realizacji.

Planowane koszty całkowite na rok 2026 ustalono na poziomie 70.000,00 zł. i zostaną one przeznaczone na przeprowadzenie badań minimum 500 uczestników.

Budżet zawiera wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno – promocyjnej;
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt prowadzenia edukacji;
- koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego;
- koszt realizacji interwencji diagnostyczno-terapeutycznej, etap: wizyta kwalifikująca;
- koszt realizacji interwencji diagnostyczno-terapeutycznej

6.1. Koszty jednostkowe

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3 x 4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty pośrednie				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie projektu	1	300	300
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	1	300	300
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	1	2 200	2 200
Koszty bezpośrednie				
1	Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja” (wyszczególnienie działań)	1	750	750
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenia dla personelu medycznego” (wyszczególnienie działań)	1	750	750
3	Koszt przeprowadzenia etapu „Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna, wizyta kwalifikująca”	500	25	12 500
4	Koszt przeprowadzenia etapu „Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna, badanie diagnostyczne” (koszt realizacji badań serologicznych - osobno ELISA i Western blot)	500 ELISA 130 WB	55 140	27 500 18 200
5	Koszt przeprowadzenia etapu „Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna, wizyta kontrolna”	500	15	7 500
SUMA				70 000

6.2. Koszty całkowite

Planowany budżet całkowity (uwzględniono wartości szacunkowe, które będą zależne od ilości osób oraz wyceny poszczególnych świadczeń w ramach programu).

- Działania informacyjno-promocyjne wraz z monitoringiem i ewaluacją – 2.800 zł
- Edukacja – 750 zł
- Szkolenia dla personelu medycznego – 750 zł
- I etap – 47.500 zł (dla 500 osób) – wizyta kwalifikująca, badania serologiczne ELISA, wizyta kontrolna
- II etap – 18.200 zł (dla ok. 130 osób) – badania serologiczne Western blot

Koszt programu to 70.000 zł

Całkowite koszty związane z realizacją programu będą zależne od kosztów przedstawionych przez beneficjentów, którzy zostaną wyłonieni w procedurze konkursowej. Na koszt całkowity będzie miała wpływ liczba uczestników programu. Powstałe nadwyżki finansowe, które powstaną w trakcie realizacji programu zostaną przeznaczone na ewentualne zwiększenie liczby uczestników programu.

Zestawienie kosztów jednostkowych

Zestawienie kosztów jednostkowych na 2026 rok. W kolejnych latach zakłada się wzrost poszczególnych pozycji o ok. 10%.

6.3. Źródła finansowania

Badania przesiewowe w kierunku boreliozy w ramach programu zostaną sfinansowane w 100% z budżetu Powiatu Gliwickiego.

7. Bibliografia

1. Cisak E., Chmielewska –Badora J., Zwoliński J., Dutkiewicz J.: *Choroby przenoszone przez kleszcze. Cz. I: występowanie i biologia kleszczy, kleszczowe zapalenie mózgu, borelioza z Lyme*. Medycyna Ogólna 2008.
2. Cisak E., Zwoliński J.: *Borelioza i inne choroby przenoszone przez kleszcze w aspekcie narażenia zawodowego – poradnik dla lekarzy*. Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi - 2010
3. Prokopowicz D.: *Choroby przenoszone przez kleszcze*. Wydawnictwo Fundacji Buchnera., Warszawa 1995.
4. Wilczyńska U. Szeszenia – Dąbrowska N. Sobala W. „*Choroby zakaźne stwierdzone w Polsce w 2009 roku*” Medycyna Pracy 2010 r.
5. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego <https://www.pzh.gov.pl>
6. Główny Urząd Statystyczny (<http://stat.gov.pl>).
7. *Sytuacja epidemiologiczna boreliozy oraz kleszczowego zapalenia mózgu w województwie śląskim i w Polsce w latach 2007-2017* – opracowanie pod red. Cieślik-Tarkota R. Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Katowicach.
8. *Ocena Stanu – Sanitarno -Epidemiologicznego Powiatu Gliwickiego w roku 2024 Opracowanie PSSE w Gliwicach*.
9. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych (z wyłączeniem HIV i WZW) dla woj. śląskiego, 2018.
10. Powiat Gliwicki (<http://bip.powiatgliwicki.finn.pl>).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2009 r. nr 137, poz. 1126).
12. Opinie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr: 202/2014 z dnia 25.08.2014, nr 12/2017 z dnia 2 lutego 2017, nr 123 z dnia 13 czerwca 2017, nr 332 z dnia 18 grudnia 2017 r.
13. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Chorzowie (<http://gov.pl/web/psse-chorzow>).
14. polskawliczbach.pl/powiat_gliwicki.
15. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Rekomendacja nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r.. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy).
16. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, Warszawa, Kwiecień 2025.
17. Program ochrony środowiska dla Powiatu Gliwickiego na lata 2022 – 2026 z perspektywa do roku 2030, 2022.

Materiały pomocnicze:

**ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE
PRZECIWDZIAŁANIA BORELIOZIE NA RZECZ MIESZKANCÓW POWIATU GLIWICKIEGO**

Ja niżej podpisany (a) Oświadczam, że zostałem poinformowany nt. programu w sposób wyczerpujący. Niniejszym wyrażam zgodę na mój udział.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu, z godnie z obowiązującym w tym zakresie porządkiem prawnym (ustawa o ochronie danych osobowych)

Uczestnik:

.....
(podpis, data podpisania)

**KWESTIONARIUSZ KWALIFIKACYJNY DO UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI
ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA BORELIOZIE NA RZECZ
MIESZKANCÓW POWIATU GLIWICKIEGO**

Uzyskane informacje zostaną wykorzystane celem zakwalifikowania do badań diagnostycznych w kierunku boreliozy.

Płeć: ☐ K ☐ M Imię i nazwisko:

Wiek: Wykonywany zawód:

Miejsce zamieszkania (Gmina, Miejscowość):

1.Kontakt z kleszczem ☐ tak ☐ nie ☐ nie pamiętam.

☐ jedno ukłucie

☐ wielokrotne ukłucie

☐ data ostatniego ukłucia

2.Teren, w którym doszło do ukłucia przez kleszcza:

☐ las

☐ park

☐ łąka

☐ ogród

☐ inne, jakie?

3.Czy w miejscu ukłucia wystąpił poniższy z objawów: ☐ tak ☐ nie

☐ zaczerwienienie ustępujące po usunięciu kleszcza;

☐ rumień w miejscu inwazji lub innej powierzchni ciała, czerwony, rozlany, wędrujący;

☐ bóle lub obrzęk stawów;

☐ zmiany guzkowate skóry

4.Czy po ukłuciu kleszcza zaobserwował Pan/ Pani u siebie objawy grypopodobne

☐ tak ☐ nie ☐ lub inne (jakie?)

5.Czy po ukłuciu kleszcza zastosowano u Pana/Pani antybiotykoterapię?

☐ tak

☐ nie

6.Czy chorował Pan/Pani na boreliozę w przeszłości?

☐ tak

☐ nie

☐ trudno powiedzieć

*właściwą odpowiedź zaznaczamy przez zakreślenie

*** Ankietę wypełnia pracownik placówki**

Pieczęć placówki

data i podpis pracownika

.....

**ANKIETA OCENY JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ
W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA BORELIOZIE NA RZECZ MIESZKANCÓW POWIATU
GLIWICKIEGO**

*Szanowni Państwo,
mając na celu uzyskanie wysokiej jakości świadczonych usług, zwracamy się z prośbą o wypełnienie niniejszej ankiety. Uzyskane w ten sposób informacje przyczynią się do doskonalenia i modyfikacji działań realizowanych w ramach programu.*

Niniejsza ankieta jest anonimowa. Prosimy Państwa o dokonanie oceny w skali od 1 do 5, gdzie:

5 – ocena bardzo dobra;

4 – ocena dobra;

3 – ocena dostateczna;

2 – ocena niedostateczna

1. Jak ocenia Pan/i poziom obsługi w rejestracji w tym dostępność terminów, czas oczekiwania na badanie, sprawność obsługi (wybraną odpowiedź proszę zakreślić kółkiem).

*2 *3 *4 *5

2. Jak ocenia Pan/i poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty (stosunek do pacjenta, komunikatywność i przekazanie informacji (wybraną odpowiedź proszę zakreślić kółkiem).

*2 *3 *4 *5

3. Jak ocenia Pan/i materiały edukacyjne – informacje nt. unikania ekspozycji na kleszcze oraz postępowanie w przypadku ukąszenia jak również jak ocenia Pan/i otrzymane materiały, ich brak (wybraną odpowiedź proszę zakreślić kółkiem).

*2 *3 *4 *5

4. Inne uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety

**SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH W KIERUNKU BORELIOZY
NA RZECZ MIESZKAŃCÓW POWIATU GLIWICKIEGO**

1.Sprawozdanie:

☐ miesięczne, za miesiąc

☐ roczne, za rok

2.Liczba uczestników przyjętych do programu:

w tym:

wykonanych testów metodą ELISA

liczba dodatnich lub wątpliwych wyników

liczba testów wykonanych metodą Western blot

w tym liczba dodatnich wyników

3.Różne inne uwagi:

.....
.....
.....
.....

Sprawozdanie sporządził:

(imię, nazwisko, lekarz, pielęgniarka)

Sprawozdanie zatwierdził:

(imię, nazwisko – data – podpis i pieczęć świadczeniodawcy)

UZASADNIENIE

Borelioza, zwana także chorobą z Lyme, jest przewlekłą chorobą zakaźną przenoszona przez kleszcze. W Polsce liczba przypadków boreliozy z roku na rok rośnie, co stanowi ogromne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Z tego powodu koniecznym jest podjęcie działań zmierzających do przeciwdziałania rozpowszechnianiu się choroby oraz zapewnienie skutecznej diagnostyki i leczenia. Głównym celem „Programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców Powiatu Gliwickiego na lata 2026 - 2027” jest zmniejszenie zachorowalności na boreliozę poprzez: edukację, wczesną diagnostykę i skuteczne leczenie boreliozy.

Uzasadnieniem potrzeby realizacji tego PPZ są statystyki pokazujące stale rosnącą liczbę chorujących na boreliozę, która nieodpowiednio leczona może doprowadzić do poważnych komplikacji zdrowotnych, a wczesna diagnoza i leczenie są kluczowe dla zapobiegania tym powikłaniom. Leczenie zaawansowanych już przypadków boreliozy jest kosztowne zarówno dla samego pacjenta, jak i dla całego systemu opieki zdrowotnej. Inwestycja w profilaktykę i wczesną diagnostykę jest bardziej ekonomiczna i pozwala na obniżenie kosztów związanych z długoletnim leczeniem powikłań choroby. Wielu mieszkańców powiatu nie jest świadomych zagrożeń związanych z kleszczami, dlatego program pozwoli na lepsze zrozumienie problemu, a w swoim zakresie obejmie kampanie informacyjne oraz działania edukacyjne dla wszystkich mieszkańców gmin powiatu gliwickiego.

Ważnym jest, aby w trosce o zdrowie mieszkańców PPZ w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców Powiatu Gliwickiego na lata 2026 - 2027 był kontynuowany, ze względu na wagę problemu oraz bardzo duże zainteresowanie przedsięwzięciem w ubiegłych latach.