



**POWIAT
WROCŁAWSKI**

**Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób
odkleszczowych (boreliozy) dla mieszkańców Powiatu
Wrocławskiego na lata 2026-2028**

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

Wrocław, 2026

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy) dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028

Rekomendacja:

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

Okres realizacji programu: 2026-2028

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Klimek
dr hab. n. med. Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy) dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028 stanowi kontynuację działań realizowanych w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy) na lata 2023–2025 dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego”.

Dane kontaktowe:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Starostwo Powiatowe we Wrocławiu
tel. (71) 722 18 17
starostwo@powiatwroclawski.pl

Data opracowania programu: I kwartał 2026 r.

SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	5
1. Opis problemu zdrowotnego.....	5
2. Dane epidemiologiczne.....	9
3. Opis obecnego postępowania.....	12
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	14
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	18
1. Cel główny:	18
Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki boreliozy, wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych programu.	18
2. Cel szczegółowy:.....	18
1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy wśród co najmniej 70%* personelu medycznego. w zakresie profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia boreliozy.	18
2) Zmniejszenie o co najmniej 1%** w okresie trwania całego programu liczby zachorowań na boreliozę wśród osób z terenu realizacji PPZ.....	18
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	19
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	20
1. Populacja docelowa.....	20
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	20
3. Planowane interwencje	22
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	28
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	29
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	30
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów. 30	
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	31
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	33
1. Monitorowanie.....	33
2. Ewaluacja	34
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	35

1. Koszty jednostkowe	35
2. Planowane koszty całkowite	36
3. Źródło finansowania.....	39
Bibliografia:	40
Załączniki.....	42

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

1. Opis problemu zdrowotnego

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

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

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

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

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

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

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

Drugie stadium boreliozy rozwija się zwykle w okresie od kilku tygodni do kilku miesięcy po ukłuciu przez kleszcza. W tym czasie mogą występować objawy ze strony

⁴ Rauter C, Hartung T: Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato genospecies in *Ixodes ricinus* ticks in Europe: a metaanalysis. *Appl Environ Microbiol* 2005; 71: 7203–7216.

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

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

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

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

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

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

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

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

¹¹ Badania boreliozy metodą real time PCR, Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, www.gov.pl.

Leczenie boreliozy z Lyme opiera się na antybiotykoterapii prowadzonej przez okres co najmniej 21 dni, przy czym dobór leku oraz schematu terapii jest każdorazowo dostosowywany do postaci klinicznej choroby oraz indywidualnej tolerancji leczenia przez pacjenta. W przypadku wdrożenia prawidłowego postępowania terapeutycznego rokowanie jest na ogół pomyślne. Szacuje się, że u nawet 98% pacjentów z rumieniem wędrującym dochodzi do pełnego ustąpienia objawów w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia antybiotykoterapii. Również w przebiegu neuroboreliozy u około 70-85% chorych obserwuje się całkowitą regresję objawów w okresie od 6 do 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia¹². Utrzymywanie się dolegliwości stawowych przez okres dłuższy niż trzy miesiące od rozpoczęcia antybiotykoterapii stanowi podstawę do rozpoznania antybioopornego boreliozowego zapalenia stawów, które dotyczy około 10% chorych. Ponadto u części pacjentów, szacowanej na około 5%, obserwuje się występowanie tzw. zespołu poboreliozowego¹³.

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

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

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

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

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

dostępu do piśmiennictwa naukowego i materiałów informacyjnych, poziom wiedzy społeczeństwa dotyczący występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, zasad ich profilaktyki oraz możliwości leczenia pozostaje niewystarczający¹⁵.

2. Dane epidemiologiczne

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

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

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

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

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

Szacuje się, że rozpowszechnienie kleszczy zakażonych krętkami *Borrelia burgdorferi* w Polsce wynosi od 6% do 15% i dotyczy w równym stopniu terenów wiejskich i miejskich¹⁹. Na terenie Europy odsetek ten wynosi średnio 13,7% (18,6% wśród osobników dorosłych i 10,1% wśród nimf). Ryzyko wystąpienia infekcji po ukąszeniu przez kleszcza na terenie endemicznym wynosi w Europie 3-12%. Szacunkowa liczba nowych zachorowań na boreliozę w ciągu roku wynosi w Europie 65 tys.²⁰.

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

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

¹⁸ Raport końcowy zawierający trendy i prognozy umieralności i chorobowości z powodu chorób klimatozależnych, a także wnioski i rekomendacje dla jednostek systemu ochrony zdrowia w zakresie adaptacji do zmian klimatu, Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowane przez Ministra Zdrowia, Warszawa 2020.

¹⁹ Stańczak J, Racewicz M, Kubica-Biernat B, Kruminis-Lozowska W, Dabrowski J. et al., Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato in *Ixodes ricinus* ticks (Acari, Ixodidae) in different Polish woodlands. *Ann Agric Environ Med.* 1999; 6: 127–132.

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

Chorwacja, Anglia, Węgry, Irlandia, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Rosja, Szkocja oraz Serbia. Szacuje się, że w skali całego kontynentu europejskiego corocznie rozpoznaje się średnio ponad 128,8 tys. nowych przypadków boreliozy, przy czym około 24% populacji Europy zamieszkuje obszary charakteryzujące się wysoką zapadalnością na tę chorobę. Należy jednak podkreślić, że rzeczywista liczba zachorowań może być istotnie wyższa, gdyż systematyczny nadzór epidemiologiczny nad boreliozą prowadzony jest jedynie w 25 spośród 52 państw europejskich, co stanowi niespełna połowę krajów regionu²¹.

Główny Inspektorat Sanitarny wskazuje, że liczba przypadków boreliozy w Polsce od wielu lat wykazuje trend wzrostowy. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) w 2024 r. odnotowano 29 860 zachorowań na boreliozę (79,5/100 tys.), zatem o 4 575 przypadków więcej niż w roku poprzednim (67,1/100 tys.). Hospitalizacji wymagało jedynie 3,5% odnotowanych przypadków. Największa zapadalność występuje na obszarach województw: podlaskiego (zapadalność 134,2/100 tys.), małopolskiego (132,0/100 tys.) i warmińsko-mazurskiego (108,5/100 tys.). W roku 2024 w województwie dolnośląskim odnotowano 1 566 przypadków boreliozy z zapadalnością na poziomie 54,5/100 tys. i było to o 516 przypadków więcej (tj. o ponad 49% więcej) w porównaniu do roku poprzedniego (36,4/100 tys.). Z ogólnej liczby zgłoszonych przypadków zachorowań wyszczególniono w województwie dolnośląskim 42 przypadki neuroboreliozy, porównywalnie z rokiem 2023 (47 przypadków)^{22,23}. Hospitalizowano 78 osób, w tym 42 osoby z neuroboreliozą. Wiodącym kryterium klinicznym boreliozy wciąż pozostaje rumień wędrujący, charakterystyczny dla fazy wczesnej. Odnotowuje się także zapalenie układu kostno-stawowego, neuroboreliozę z jednoczesnym limfocytarnym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, zapaleniem nerwów czaszkowych, zwłaszcza twarzowego oraz zapaleniem wielokorzeniowym. Analiza danych za lata 2019-2024 wskazuje na ponad 76% wzrost zapadalności na boreliozę na

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

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

²³ Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, wstępne dane, www.wold.pzh.gov.pl.

terenie województwa dolnośląskiego (w roku 2019 zapadalność wynosiła 30,9/100 tys.)²⁴.

Zgodnie z danymi Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu w roku 2025 w powiecie wrocławskim zareportowano 257 przypadków zachorowań na Boreliozę z Lyme, co przekłada się na zapadalność na poziomie 133,1/100 tys. ludności. W roku poprzednim (2024) były to 164 przypadki, zatem odnotowano w tym okresie 56% wzrost w zakresie liczby rozpoznań boreliozy. W roku 2024 zapadalność na tę chorobę wyniosła w powiecie wrocławskim 85,8/100 tys. – była to wartość znacznie wyższa w porównaniu do województwa dolnośląskiego w analogicznym okresie (54,5/100 tys.) oraz Miasta Wrocław (111,7/100 tys.). Analiza danych za lata 2021-2025 wyraźnie wskazuje na trend wzrostowy w zakresie rozpowszechnienia boreliozy, zarówno w powiecie wrocławskim, jak i w całym regionie. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli I.

Tab. I. Rozpowszechnienie boreliozy w powiecie wrocławskim i we Wrocławiu w latach 2021-2025

Rok	Powiat wrocławski			Miasto Wrocław		
	Liczba przypadków	Liczba ludności	Zapadalność na 100 tys. ludności	Liczba przypadków	Liczba ludności	Zapadalność na 100 tys. ludności
2021	33	178 857	18,5	101	674 312	15,0
2022	62	182 778	33,9	199	674 079	29,5
2023	70	187 153	37,4	296	673 743	43,9
2024	164	191 110	85,8	418	672 882	62,1
2025	257	193 082	133,1	751	672 545	111,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych PSSE we Wrocławiu oraz danych GUS dot. liczby ludności we Wrocławiu i w powiecie wrocławskim

3. Opis obecnego postępowania

Ogromnym problemem, zarówno medycznym jak i społecznym, jest brak szczepionki przeciwko boreliozie. Dodatkowym utrudnieniem jest ograniczony dostęp do diagnostycznych świadczeń gwarantowanych w tym zakresie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Lekarz POZ nawet przy widocznym rumieniu lub podejrzeniu boreliozy w oparciu o zaobserwowane u pacjenta objawy, nie może obecnie wystawić mu skierowania na refundowane badania wykrywające boreliozę. Zgodnie

²⁴ Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w latach 2019-2024, www.gov.pl/web/wsse-wroclaw oraz www.gov.pl/web/wsse-wroclaw.

z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych²⁵ wystąpienie typowego rumienia wędrującego po pokłuciu przez kleszcza nie wymaga diagnostyki laboratoryjnej (wykonywania badań serologicznych). Wystąpienie typowego rumienia wędrującego jest wskazaniem do natychmiastowej antybiotykoterapii, którą to może zlecić lekarz POZ. Testy diagnostyczne (serologiczne) w kierunku zachorowań na boreliozę z Lyme stanowią część gwarantowanych świadczeń medycznych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁶. Aby badania te wykonać, pacjent w pierwszej kolejności uzyskuje skierowanie od lekarza POZ do lekarza specjalisty ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a następnie, o ile uzasadnione jest to jego stanem zdrowia, otrzymuje od tego lekarza skierowanie na same testy diagnostyczne w zakresie oznaczenia przeciwciał. Zakres badań diagnostycznych obejmuje: *Borrelia burgdorferi* (Lyme) IgG przeciwciała (anty-*B.burgdorferi* IgG), *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgG – test potwierdzający, *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgM (anty-*B.burgdorferi* IgM), *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgM – test potwierdzający, *Borrelia burgdorferi* (Lyme) IgG/ IgM przeciwciała (anty-*B.burgdorferi* IgG/ IgM), *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgG/ IgM – test potwierdzający, *Borrelia afzelli* przeciwciała IgG, *Borrelia afzelli* przeciwciała IgM, *Borrelia* przeciwciała (całkowite).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu²⁷ podejrzenie, rozpoznanie lub zgon z powodu boreliozy z Lyme, wymaga zgłoszenia przez lekarza do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby, u której powzięto podejrzenie lub rozpoznano zakażenie. Jednym z zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) jest także inicjowanie, organizowanie, prowadzenie, koordynowanie i nadzorowanie działalności oświatowo-zdrowotnej w celu kształtowania odpowiednich postaw

²⁵ Flisiak R, Panczewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme, zalecenia Polskiego Towarzystwa... op. cit.

²⁶ 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.].

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1045].

i zachowań zdrowotnych, w tym także w kontekście problemu chorób odkleszczowych. PIS informuje m.in. na temat potencjalnych zagrożeń z nimi związanych i sposobów zapobiegania. Rozpowszechniane są materiały informacyjne w postaci ulotek czy komunikatów na stronach internetowych stacji sanitarno-epidemiologicznych i Głównego Inspektoratu Sanitarnego²⁸.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Systematyczny wzrost liczby zachorowań na boreliozę, przy jednoczesnym braku możliwości stosowania profilaktyki swoistej w postaci szczepień ochronnych, powoduje, że choroba ta nabiera coraz większego znaczenia zarówno w wymiarze medycznym, jak i społecznym. Uzasadnieniem dla wdrożenia programu są wnioski płynące z danych epidemiologicznych – rozpowszechnienie boreliozy w powiecie wrocławskim jest znacznie wyższe w porównaniu do całego obszaru województwa dolnośląskiego. Ponadto, w ostatnich latach obserwuje się wyraźną dynamikę wzrostu liczby przypadków boreliozy – w powiecie wrocławskim w okresie 2024-2025 odnotowano wzrost liczby zachorowań na poziomie 56%, co przewyższa dynamikę wzrostu dla całego województwa dolnośląskiego w tym samym okresie (49%). Co więcej, w perspektywie ostatnich 5 lat liczba przypadków boreliozy w powiecie wzrosła ponad siedmiokrotnie, co jednoznacznie wskazuje na narastający problem epidemiologiczny i potrzebę wdrożenia skoordynowanych działań profilaktycznych.

Na wzrost liczby zakażeń wpływają m.in. zmiany klimatyczne sprzyjające wydłużeniu sezonu aktywności kleszczy, zwiększenie powierzchni terenów zielonych w otoczeniu zamieszkałym przez ludzi, a także zmiany stylu życia mieszkańców, w tym większa aktywność rekreacyjna na terenach leśnych i podmiejskich. Czynniki te powodują, że ryzyko ekspozycji na kleszcze dotyczy coraz szerszych grup populacji, w tym nie tylko osób zawodowo narażonych (np. leśników, rolników), ale również dzieci, osób starszych oraz mieszkańców korzystających z terenów rekreacyjnych. Pomimo rosnącego narażenia na kontakt z kleszczami oraz szerokiej dostępności piśmiennictwa naukowego i popularnonaukowego, poziom wiedzy społeczeństwa w Polsce dotyczący chorób przenoszonych przez kleszcze, zasad zapobiegania im oraz leczenia pozostaje niewystarczający. W praktyce przekłada się to na niewłaściwe zachowania

²⁸ Profilaktyka chorób odkleszczowych (borelioza), Raport w sprawie zalecanych technologii... op. cit.

profilaktyczne, opóźnione rozpoznawanie objawów oraz zbyt późne zgłaszanie się do lekarza. Szczególnie problematyczna jest niska świadomość w zakresie wczesnych objawów boreliozy, takich jak rumień wędrujący, co skutkuje utratą możliwości szybkiego wdrożenia skutecznego leczenia antybiotykowego.

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

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

Oczekuje się, że ułatwienie mieszkańcom z grup szczególnego ryzyka dostępu do badań diagnostycznych w kierunku boreliozy poprzez realizację programu polityki zdrowotnej pozwoli na zwiększenie wykrywalności zakażeń oraz wdrożenie procesu terapeutycznego na wczesnym etapie choroby w przypadku wyników pozytywnych. Równocześnie edukacja zdrowotna kierowana w ramach programu do mieszkańców powiatu pozwoli na zwiększenie ich świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, czynników ryzyka zakażenia bakterią *Borrelia burgdorferi* oraz korzyści wynikających z wczesnego wykrywania boreliozy.

Dodatkowym efektem realizacji programu będzie kształtowanie trwałych postaw prozdrowotnych, w tym stosowania środków ochrony indywidualnej, właściwego postępowania po ukłuciu przez kleszcza oraz zwiększenia czujności

zdrowotnej w zakresie objawów chorób odkleszczowych. Oczekuje się, iż wszystkie podejmowane w programie interwencji przełożą się w perspektywie długookresowej na ograniczenie liczby zakażeń *Borrelia burgdorferi*, zmniejszenie liczby powikłań oraz poprawę jakości życia mieszkańców powiatu wrocławskiego.

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.²⁹: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026³⁰: Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³¹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego, obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031³²: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego, obszar epidemiologia i prognoza epidemiologiczna: 2.4. Działania dotyczące profilaktyki chorób zakaźnych.

²⁹ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., www.gov.pl.

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

³¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

³² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

5. **Wojewódzki plan transformacji dla województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026**³³, obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

³³ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

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

2. Cel szczegółowy:

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

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

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

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

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. II. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności (%)
Główny	<p>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.</p> <p>(Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach)</p> <p>* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p>
Szczegółowy	<p>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.</p> <p>(Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach)</p> <p>* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy</p>
Szczegółowy	<p>Odsetek zachorowań na boreliozę w populacji osób z terenu realizacji PPZ w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu.</p> <p>(Iloraz wszystkich zachorowań z terenu realizacji PPZ w przeciągu trwania programu w stosunku do liczby zachorowań przed wprowadzenia realizacji programu. Wynik wyrażony w procentach)</p>

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mieszkańców Powiatu Wrocławskiego, należących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę (osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy, osoby wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy) oraz do osób, u których występują objawy boreliozy z Lyme lub osób z historią pokłucia. Należy podkreślić, że zgodnie z danymi NIZP-PIB³⁴ cała Polska jest obszarem endemicznym boreliozy, w związku z czym wszyscy mieszkańcy powiatu należą do grupy o zwiększonym ryzyku zachorowania na boreliozę. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego³⁵ populacja mieszkańców Powiatu Wrocławskiego liczy 193 082 osoby. Ze względu na ograniczone możliwości budżetowe zdecydowano się objąć świadczeniami zdrowotnymi w programie około 1 500 mieszkańców w całym okresie realizacji. Świadczenia w programie będą realizowane według kolejności zgłoszeń.

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

1) Edukacja

a) Kryteria włączenia:

- wykłady dla mieszkańców: miejsce zamieszkania na terenie powiatu wrocławskiego (oświadczenie uczestnika)
- wykłady dla młodzieży: status ucznia I klasy szkoły ponadpodstawowej znajdującej się na terenie powiatu wrocławskiego

b) Kryteria wyłączenia:

- brak

³⁴ Dane NIZP-PIB, <https://epibaza.pzh.gov.pl/story/borelioza-z-lyme-informacje-ogolne>.

³⁵ Bank danych lokalnych, bdl.stat.gov.pl (stan na 30.06.2025 r.).

2) Szkolenia dla personelu medycznego

a) Kryteria włączenia:

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

b) Kryteria wyłączenia:

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

3) Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna

A) Wizyta kwalifikująca

a) Kryteria włączenia:

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

b) Kryteria wyłączenia:

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

B) Badania diagnostyczne

a) Kryteria włączenia:

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

b) Kryteria wyłączenia:

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

C) Wizyta kontrolna

a) Kryteria włączenia:

- wykonane badania diagnostyczne w programie

b) Kryteria wyłączenia: brak

3. Planowane interwencje

1) Edukacja

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

powietrzu, ekspozycja na pokłucie przez kleszcza podczas trwania aktywności rekreacyjnej na świeżym powietrzu (turyści regionów endemicznych, uczestnicy obozów i kolonii, właściciele zwierząt domowych, osoby zajmujące się rekreacyjnie łowiectwem, wędkowaniem, zbieraniem grzybów i innych owoców runa leśnego, osoby uprawiające wycieczki rowerowe i piesze), pory roku, w której kleszcze są najbardziej aktywne (kwiecień-listopad),

- sposoby ochrony przed kleszczami: poruszanie się wytyczonymi szlakami, stosowanie środków odstraszających owady (tzw. repelentów, zawierających DEET lub ikarydynę), stosowanie środków owadobójczych zawierających permetrynę (używanych na odzież i sprzęt rekreacyjny), stosowanie odzieży ochronnej/odpowiedniego ubioru w trakcie zajęć/pracy na świeżym powietrzu (jasne długie spodnie wsunięte w skarpety oraz jasne koszule z długimi rękawami, rękawiczki w celu zmniejszenia powierzchni skóry bez ochrony), konieczność kąpieli lub prysznica po powrocie z terenów zielonych, konieczność oględzin skóry i odzieży po powrocie z zajęć na świeżym powietrzu pod kątem obecności kleszczy, z wyszczególnieniem miejsc na ciele człowieka, w których kleszcze najczęściej przebywają (pachy, pępek, piersi, pachwiny, linia włosów oraz za uszami),
- sposoby ograniczenia przenoszenia chorób odkleszczowych w gospodarstwach domowych, takie jak: usuwanie zarośli i ściółki liściowej, koszenie trawy, usuwanie stosów liści lub drewna, tworzenie strefy buforowej zrębków lub żwiru między lasem a trawnikiem,
- sposoby postępowania w przypadku pokłucia przez kleszcza: metody bezpiecznego usuwania kleszczy, przy użyciu pęsety lub specjalnych narzędzi do ich usuwania (po prawidłowym usunięciu kleszcza, należy dokładnie oczyścić miejsce ukłucia oraz dłonie przy pomocy wody z mydłem lub środka antyseptycznego, należy zanotować datę ukłucia oraz obserwować przez cztery tygodnie ewentualne pojawiające się objawy, omówienie znaczenia szybkiego usunięcia kleszcza);

- realizowana przez personel medyczny udzielający świadczeń w ramach PPZ, przekazujący pacjentom informacje na temat programu oraz korzyści płynących z udziału w nim;
- realizowana za pomocą metod podających tj. materiałów edukacyjno-informacyjnych opracowanych w formie papierowej i/lub elektronicznej (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Starostwa Powiatowego we Wrocławiu, realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.) na temat zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka, objawów kleszczowego zapalenia mózgu oraz działań profilaktycznych i środków ochrony przed kleszczami;
- realizowana z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje oraz ekspertów zajmujących się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne sporządzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne, podcasty udostępniane przez ekspertów – specjalistów w obszarze profilaktyki, diagnostyki i terapii boreliozy);
- realizowana z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu;
- realizowana w ramach indywidualnej edukacji zdrowotnej podczas lekarskiej wizyty kwalifikującej;
- realizowana w formie wykładów dla mieszkańców, zgodnie z poniższymi założeniami:
 - 9 wykładów w całym okresie realizacji programu (3 wykłady rocznie) – jeden wykład w każdej gminie powiatu wrocławskiego,
 - wykłady trwające co najmniej 60 min,
 - wykłady mające na celu zapoznanie mieszkańców z założeniami PPZ oraz zwiększenie ich świadomości nt. profilaktyki boreliozy, zgodnie z opisaną wyżej tematyką,

- wykłady obejmujące przekazanie uczestnikom informacji o możliwości pogłębienia wiedzy w przedmiotowym temacie dzięki ogólnodostępnym materiałom edukacyjnym (np. ikonografiki, podcasty, webinary) – wraz ze wskazaniem rzetelnych źródeł tych materiałów,
- wykłady obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed wykładem oraz post-testu po wykładzie, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór - załącznik 2);
- realizowana w formie wykładów dla młodzieży klas I szkół ponadpodstawowych w Powiecie Wrocławskim, zgodnie z poniższymi założeniami:
 - 12 wykładów w całym okresie realizacji programu (4 wykłady rocznie),
 - wykłady trwające co najmniej 45 min,
 - wykłady mające na celu zapoznanie nastolatków z założeniami PPZ oraz zwiększenie ich świadomości nt. profilaktyki boreliozy, zgodnie z opisaną wyżej tematyką,
 - wykłady obejmujące przekazanie uczestnikom informacji o możliwości pogłębienia wiedzy w przedmiotowym temacie dzięki ogólnodostępnym materiałom edukacyjnym (np. ikonografiki, podcasty, webinary) – wraz ze wskazaniem rzetelnych źródeł tych materiałów (w tym przekazanie poprzez wiadomości e-mail linków do ww. materiałów wszystkim szkołom ponadpodstawowym w powiecie wrocławskim z zachęceniem do ich dalszego przekazania młodzieży poprzez dzienniki elektroniczne),
 - wykłady obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed wykładem oraz post-testu po wykładzie, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór - załącznik 2),
 - wykłady realizowane z założeniem wzmocnienia motywacji i efektów edukacyjnych poprzez premiowanie wiedzy za pomocą gadżetów związanych z kleszczami (np. zabawki, breloki, magnesy, książki).

2) Szkolenia dla personelu medycznego:

- realizowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy („eksperta”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość

interwencji w ramach programu (optymalnie: spełniający powyższe kryteria lekarz ze specjalizacją w dziedzinie chorób zakaźnych),

- realizowane corocznie w formie szkolenia trwającego co najmniej 3h edukacyjne tj. 135 min. (3 szkolenia w okresie realizacji programu),
- realizowane w formie dostosowanej do potrzeb personelu medycznego (np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje),
- obejmujące zapoznanie personelu medycznego z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki laboratoryjnej, interpretacji wyników oraz leczenia boreliozy,
- obejmujące następującą tematykę: kryteria rozpoznania boreliozy (objawy kliniczne oraz potwierdzenie serologiczne), interpretacja wyników testów IgM i IgG, diagnostyka i leczenie boreliozy zgodnie z obowiązującą wiedzą EBM, diagnostyka różnicowa, szczególnie z uwzględnieniem objawów stawowych i neurologicznych,
- obejmujące ujęcie analizy przypadków pacjentów w celu wskazania prawidłowego postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadkach budzących wątpliwości,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzór - załącznik 3).

3) Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna

A) Wizyta kwalifikująca

- poprzedzona wstępną kwalifikacją do PPZ przeprowadzoną przez pielęgniarkę lub koordynatora medycznego,
- realizowana przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy,
- uwzględniająca wywiad obejmujący ocenę ryzyka narażenia na kontakt z kleszczami, historię pokłucia przez kleszcze oraz występujące objawy,
- zakładająca zakończenie udziału w programie osób, u których wykluczone zostanie podejrzenie choroby,

- zakładająca zastosowanie antybiotykoterapii zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych w przypadku osób, u których stwierdzone zostanie podejrzenie boreliozy z Lyme we wczesnym stadium na podstawie występowania rumienia wędrującego (konieczne jest poinformowanie pacjenta na temat dalszego postępowania w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia),
- zakładająca skierowanie pacjenta na badania diagnostyczne w przypadku występowania innych niż rumień wędrujący objawów boreliozy,
- obejmująca indywidualną edukację zdrowotną w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki boreliozy wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór testu – załącznik 2).

B) Badania diagnostyczne

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

C) Wizyta kontrolna

- realizowana przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy,
- uwzględniająca przekazanie pacjentowi wyniku badania,
- w przypadku wyniku pozytywnego - obejmująca poinformowanie pacjenta na temat dalszego postępowania (np. rozpoczęcia antybiotykoterapii i skierowania do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia) oraz przekazanie/udostępnienie pacjentowi materiałów edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, w tym boreliozy,
- w przypadku wyniku negatywnego - obejmująca przekazanie/udostępnienie pacjentowi materiałów edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, w tym boreliozy.

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

3.3. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji naukowych, a także zgodne z oceną technologii medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zawartą w Rekomendacji nr 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)³⁶.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizator programu wyłoniony zostanie w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Edukacja prowadzona będzie na terenie powiatu, zgodnie z założeniami opisanymi w punkcie dot. planowanych interwencji. Interwencja diagnostyczno-terapeutyczna (wizyty kwalifikujące, badania diagnostyczne, wizyty kontrolne) będzie realizowana w trybie ambulatoryjnym. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy kwalifikacji do udziału w programie, terminy pobierania materiału do badań diagnostycznych oraz odbioru ich wyników. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel. W trakcie trwania programu pacjentom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego.

³⁶ Rekomendacja nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji... op. cit.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

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

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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (II kwartał 2026);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia zgodności PPZ z właściwą rekomendacją (II kwartał 2026);
- 3) uchwalenie PPZ przez organ uchwałodawczy (II kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizatora lub realizatorów PPZ, spełniających warunki określone w dalszej w PPZ (II-III kwartał 2026);
- 5) podpisanie umów na realizację programu (II-III kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2028)
 - realizacja działań informacyjno-promocyjnych - działania te prowadzone będą przez realizatora w ramach współpracy z placówkami POZ/AOS, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe); informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Starostwie Powiatowym we Wrocławiu (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej); wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora w złożonej ofercie;
 - realizacja zaplanowanych interwencji: edukacji, szkoleń dla personelu medycznego, interwencji diagnostyczno-terapeutycznych (wizyt kwalifikujących, badań diagnostycznych oraz wizyt kontrolnych);
 - bieżące monitorowanie realizacji PPZ;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2027);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2027);
- 9) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do AOTMiT, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2028).

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

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

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.),
- realizacja świadczeń zdrowotnych na terenie powiatu wrocławskiego,
- zapewnienie realizacji edukacji przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego doświadczenie przeprowadzenia działań edukacyjnych dot. chorób odkleszczowych,
- zapewnienie prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy („eksperta”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu (optymalnie: spełniający powyższe kryteria lekarz ze specjalizacją w dziedzinie chorób zakaźnych),
- zapewnienie realizacji wstępnej kwalifikacji do programu przez pielęgniarkę lub koordynatora medycznego,
- zapewnienie realizacji wizyty kwalifikującej i kontrolnej przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy,
- posiadanie w swojej strukturze laboratorium analitycznego lub gwarantowanego dostępu do laboratorium z możliwością wykonania badań stosownych do prowadzonych w ramach programu działań, spełniających pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa,

- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.
- dodatkowo realizator będzie zobowiązany do prowadzenia na bieżąco elektronicznej bazy danych o uczestniku PPZ z w arkuszu Excel zawierającym dane, o których mowa w załączniku nr 1 do PPZ, a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 5).

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodków, w których realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto realizator będzie przekazywał Starostwu Powiatowemu sprawozdania okresowe - miesięczne, a także sporządzi sprawozdanie końcowe - roczne z przeprowadzonych interwencji (załącznik 6). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie prowadzone na bieżąco i zostanie zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Będzie uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ. W związku z faktem, że program zaplanowano jako wieloletni, po każdym roku realizacji działań programowych zostanie przygotowany raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu wymienione w niniejszym podrozdziale (ocena zgłaszalności, jakości świadczeń oraz efektywności programu). Raport zostanie opracowany przez realizatora, a następnie dane z niego płynące będą analizowane przez Powiat Wrocławski i będą służyły ewentualnej korekcie działań w kolejnych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować jego efekty.

Zaplanowano następujące wskaźniki monitorowania:

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej,
- liczba osób, które zostały poddane edukacji,
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne,
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie kwalifikującej,
- liczba osób, które wzięły udział w badaniach diagnostycznych,
- liczba osób poddanych badaniom serologicznym w kierunku boreliozy z Lyme, w podziale na liczbę osób, u których przeprowadzono test ELISA, wraz z wynikiem tego testu (dodatni, ujemny, niejednoznaczny) oraz liczbę osób, u których po teście ELISA przeprowadzono test Western-blot, wraz z wynikiem tego testu (dodatni, ujemny, niejednoznaczny),
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie kontrolnej,
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem przyczyn,

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

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie

- końcowa analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 5),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

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

Zaplanowano następujące wskaźniki ewaluacji:

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

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

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

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
Koszty bezpośrednie	
1. Koszt przeprowadzenia interwencji: Edukacja, w tym:	--
1) wykład dla mieszkańców	2 000,00
2) wykład dla młodzieży	1 500,00
2. Koszt przeprowadzenia interwencji: Szkolenie dla personelu medycznego	3 000,00
3. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wstępna kwalifikacja do programu	5,00
4. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wizyta kwalifikująca	160,00
5. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Badania diagnostyczne w tym:	--
a) pobranie materiału do badania	5,00
b) testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	80,00
c) test potwierdzający (test techniką Western-blot w klasie IgM)	80,00
d) test potwierdzający (test techniką Western-blot w klasie IgG)	80,00
6. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wizyta kontrolna	110,00
Koszty pośrednie	
1. Koszt działań informacyjno-promocyjnych	7 000,00
2. Koszt koordynacji programu oraz działań administracyjnych, księgowych i informatycznych	3 550,00
3. Koszt monitorowania i ewaluacji	3 500,00

Wizyty kwalifikujące w programie, w związku z ograniczeniami finansowymi, obejmą ok. 1 500 osób. Należy zaznaczyć, że na potrzeby zaplanowania programu i oszacowania budżetu założono, bazując na ograniczonych danych epidemiologicznych oraz doświadczeniu z realizacji poprzednich edycji PPZ, że konieczność wykonania podstawowych testów diagnostycznych dotyczyła będzie 80% pacjentów biorących

udział w wizycie kwalifikującej (ok. 1 200 osób), natomiast testów potwierdzających – ok. 30% pacjentów, u których wykonano testy podstawowe (ok. 360 osób). W praktyce może być to wyższy odsetek. Program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu.

2. Planowane koszty całkowite

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

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Koszty bezpośrednie				
1. Koszt przeprowadzenia interwencji: Edukacja, w tym:	--	--	--	--
a. wykład dla mieszkańców	9	wykład	2 000,00	18 000,00
b. wykład dla młodzieży	12	wykład	1 500,00	18 000,00
2. Koszt przeprowadzenia interwencji: Szkolenie dla personelu medycznego	3	szkolenie	3 000,00	9 000,00
3. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wstępna kwalifikacja do programu	1 650	osoba	5,00	8 250,00
4. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wizyta kwalifikująca	1 500	osoba	160,00	240 000,00
5. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Badania diagnostyczne w tym:	--	--	--	--
- Pobranie materiału do badania i testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	1 200	osoba	85,00	102 000,00
- Pobranie materiału do badania i test potwierdzający (test techniką Western-blot w klasie IgM lub w klasie IgG)	360	osoba	85,00	30 600,00
6. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wizyta kontrolna	1 200	osoba	110,00	132 000,00
Koszty pośrednie				
1. Koszt działań informacyjno-promocyjnych	3	zadanie	7 000,00	21 000,00
2. Koszt koordynacji programu oraz działań administracyjnych, księgowych i informatycznych	3	zadanie	3 550,00	10 650,00
3. Koszt monitorowania i ewaluacji	3	zadanie	3 500,00	10 500,00
Suma kosztów				600 000,00

Tab. V. Szacunkowe koszty programu w latach 2026-2028 w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Koszty bezpośrednie				
1. Koszt przeprowadzenia interwencji: Edukacja, w tym:	--	--	--	--
a. wykład dla mieszkańców	3	wykład	2 000,00	6 000,00
b. wykład dla młodzieży	4	wykład	1 500,00	6 000,00
2. Koszt przeprowadzenia interwencji: Szkolenie dla personelu medycznego	1	szkolenie	3 000,00	3 000,00
3. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wstępna kwalifikacja do programu	550	osoba	5,00	2 750,00
4. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wizyta kwalifikująca	500	osoba	160,00	80 000,00
5. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Badania diagnostyczne w tym:	--	--	--	--
- Pobranie materiału do badania i testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	400	osoba	85,00	34 000,00
- Pobranie materiału do badania i test potwierdzający (test techniką Western-blot w klasie IgM lub w klasie IgG)	120	osoba	85,00	10 200,00
6. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wizyta kontrolna	400	osoba	110,00	44 000,00
Koszty pośrednie				
1. Koszt działań informacyjno-promocyjnych	1	zadanie	7 000,00	7 000,00
2. Koszt koordynacji programu oraz działań administracyjnych, księgowych i informatycznych	1	zadanie	3 550,00	3 550,00
3. Koszt monitorowania i ewaluacji	1	zadanie	3 500,00	3 500,00
Całkowite koszty programu w roku 2026				200 000,00
Koszty bezpośrednie				
1. Koszt przeprowadzenia interwencji: Edukacja, w tym:	--	--	--	--
a. wykład dla mieszkańców	3	wykład	2 000,00	6 000,00
b. wykład dla młodzieży	4	wykład	1 500,00	6 000,00
2. Koszt przeprowadzenia interwencji: Szkolenie dla personelu	1	szkolenie	3 000,00	3 000,00

medycznego				
3. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wstępna kwalifikacja do programu	550	osoba	5,00	2 750,00
4. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wizyta kwalifikująca	500	osoba	160,00	80 000,00
5. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Badania diagnostyczne w tym:	--	--	--	--
- Pobranie materiału do badania i testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	400	osoba	85,00	34 000,00
- Pobranie materiału do badania i test potwierdzający (test techniką Western-blot w klasie IgM lub w klasie IgG)	120	osoba	85,00	10 200,00
6. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wizyta kontrolna	400	osoba	110,00	44 000,00
Koszty pośrednie				
1. Koszt działań informacyjno-promocyjnych	1	zadanie	7 000,00	7 000,00
2. Koszt koordynacji programu oraz działań administracyjnych, księgowych i informatycznych	1	zadanie	3 550,00	3 550,00
3. Koszt monitorowania i ewaluacji	1	zadanie	3 500,00	3 500,00
Całkowite koszty programu w roku 2027				200 000,00
Koszty bezpośrednie				
1. Koszt przeprowadzenia interwencji: Edukacja, w tym:	--	--	--	--
a. wykład dla mieszkańców	3	wykład	2 000,00	6 000,00
b. wykład dla młodzieży	4	wykład	1 500,00	6 000,00
2. Koszt przeprowadzenia interwencji: Szkolenie dla personelu medycznego	1	szkolenie	3 000,00	3 000,00
3. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wstępna kwalifikacja do programu	550	osoba	5,00	2 750,00
4. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wizyta kwalifikująca	500	osoba	160,00	80 000,00
5. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Badania diagnostyczne w tym:	--	--	--	--
- Pobranie materiału do badania i	400	osoba	85,00	34 000,00

testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)				
- Pobranie materiału do badania i test potwierdzający (test techniką Western-blot w klasie IgM lub w klasie IgG)	120	osoba	85,00	10 200,00
6. Koszt przeprowadzenia Interwencji diagnostyczno-terapeutycznej: Wizyta kontrolna	400	osoba	110,00	44 000,00
Koszty pośrednie				
1. Koszt działań informacyjno-promocyjnych	1	zadanie	7 000,00	7 000,00
2. Koszt koordynacji programu oraz działań administracyjnych, księgowych i informatycznych	1	zadanie	3 550,00	3 550,00
3. Koszt monitorowania i ewaluacji	1	zadanie	3 500,00	3 500,00
Całkowite koszty programu w roku 2028				200 000,00
Całkowite koszty programu w latach 2026-2028				600 000,00

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 600 000 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Powiatu Wrocławskiego, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert. Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Koszty bezpośrednie to koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie. Koszty pośrednie zaś są niezbędne do realizacji programu, ale nie dotyczą bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Powiatu Wrocławskiego. Powiat w latach 2026-2028 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie z innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia:

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

20. 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.
21. Rauter C, Hartung T: Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato genospecies in *Ixodes ricinus* ticks in Europe: a metaanalysis. *Appl Environ Microbiol* 2005; 71: 7203–7216.
22. Rekomendacja nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (borelioza), bip.aotm.gov.pl.
23. 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.].
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1045].
25. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642 z późn. zm.].
26. 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.
27. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., www.gov.pl.
28. Wojciechowska-Koszko I., Mnichowska-Polanowska M., serologiczna diagnostyka boreliozy z Lyme w praktyce laboratoryjnej, *Post. Mikrobiol.*, 2015, 54, 3, 283–290.
29. Wytyczne do profilaktyki i rozpoznawania w chorobach zawodowych – borelioza, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, npz.net.pl.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy) dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028” (wzór)

Dane osoby kwalifikowanej do Programu

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

Zgoda na udział w programie

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

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

Kwalifikacja do uczestnictwa w Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy) dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028	Pieczęć placówki	Podpis osoby uprawnionej przez realizatora ppz
TAK/NIE*		

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

Jeśli tak, wykaz interwencji z których skorzystał uczestnik programu:

- **EDUKACJA**

(Data (dd/mm/rrrr):)

Forma:

wykład dla młodzieży klas I szkół ponadpodstawowych w Powiecie Wrocławskim

wykład dla mieszkańców powiatu wrocławskiego

Działanie	Informacja dla celów monitoringu/ewaluacji
Edukacja zdrowotna uczestnika ppz	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w post-teście (min. 75% poprawnych odpowiedzi): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej przez realizatora ppz)

• **INTERWENCJA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNA:**

A) WIZYTA KWALIFIKUJĄCA

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

Działanie	Informacja dla celów monitoringu/ewaluacji
1. Diagnoza boreliozy z Lyme na podstawie występowania objawu w postaci rumienia wędrującego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Zalecenie antybiotykoterapii	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3. Kwalifikacja do badań diagnostycznych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Indywidualna edukacja zdrowotna uczestnika ppz	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w post-teście (min. 75% poprawnych odpowiedzi): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej przez realizatora ppz)

• **INTERWENCJA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNA:**

B) BADANIA DIAGNOSTYCZNE

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

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej przez realizatora ppz)

• **INTERWENCJA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNA:**

C) WIZYTA KONTROLNA

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

Działanie	Informacja dla celów ewaluacji
1. Diagnoza boreliozy z Lyme	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Zalecenie antybiotykoterapii	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3. Skierowane na dalszą diagnostykę lub leczenie poza programem	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej przez realizatora ppz)

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

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

.....
.....
(uwagi)

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej przez realizatora ppz)

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy) dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028” (wzór)

1. Borelioza jest chorobą zakaźną wywoływaną przez:

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

2. Główną drogą zakażenia boreliozą jest:

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

3. Charakterystycznym, wczesnym objawem boreliozy jest:

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

4. Po zauważeniu kleszcza wczepionego w skórę należy:

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

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

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

Załącznik 3 **Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika szkolenia dla personelu medycznego w ramach PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy) dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028”**
(wzór)

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

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

2. Które stwierdzenie dotyczące diagnostyki serologicznej boreliozy jest prawidłowe?

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

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

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

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

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

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

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

6. Zespół poboreliozowy dotyczy około:

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

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

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

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

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

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

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

10. Głównym problemem diagnostycznym boreliozy jest:

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

Załącznik 4

Kwestionariusz ankiety kwalifikującej do uczestnictwa w INTERWENCJI DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEJ: WIZYTA KWALIFIKUJĄCA w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy) dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028”

(wzór)

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

Oświadczam, że:

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

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

*w przypadku uczestników niepełnoletnich zgoda rodzica lub opiekuna prawnego

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

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

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

* niewłaściwe skreślić

Załącznik 5

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy) dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028” (wzór)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dodatkowe uwagi:

--

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Załącznik 6

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy) dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028” (wzór)

I. Dane Realizatora

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

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

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

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

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

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