

UCHWAŁA NR
RADY GMINY PAWŁOWICE

z dnia 2020 r.

w sprawie zmiany uchwały Nr VII/55/2019 Rady Gminy Pawłowice z dnia 23 kwietnia 2019 r.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 i art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 713), art. 7 ust. 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.) po pozytywnym zaopiniowaniu przez Komisję Działalności Społecznej

Rada Gminy Pawłowice
uchwała

§ 1. Zmienia się załącznik do uchwały Rady Gminy Pawłowice Nr VII/55/2019 z dnia 23 kwietnia 2019 r.: „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania boreliozy wśród mieszkańców gminy Pawłowice na lata 2019 – 2022”, który otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Pawłowice.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ



„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania boreliozy wśród mieszkańców gminy Pawłowice na lata 2019 – 2022”

podstawa prawna opracowania programu polityki zdrowotnej: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217, 2361 i 2434)

Pawłowice, 2019 r.

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

I.1 Opis problemu zdrowotnego

I.2 Dane epidemiologiczne

I.3 Opis obecnego postępowania

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

II.2 Cele szczegółowe

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

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

III.1 Populacja docelowa

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

III.3 Planowane interwencje

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

IV. Organizacja programu polityki zdrowotne

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

VI. Budżet programu polityki zdrowotne

VII. Bibliografia

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

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Borelioza z Lyme jest chorobą zakaźną, wywołaną przez bakterie – *Borrelia burgdorferi*. Jest to najczęściej występująca choroba przenoszona przez kleszcze w Ameryce Północnej, w Europie i Azji.

Do zakażenia człowieka dochodzi na skutek ukłucia przez zakażonego kleszcza. Jest on przenosicielem (wektorem) zarazka – pobierając krew zakażonego zwierzęcia, głównie drobnych gryzoni, zwierząt dzikich i ptaków, sam ulega zakażeniu, a następnie żerując, przekazuje krętki swojemu żywicielowi – np. człowiekowi.

Po 7–10 dniach od ukłucia przez zakażonego kleszcza pojawia się w tym miejscu zmiana skórna, która następnie (w okresie nawet do kilku tygodni) powiększa się, tworząc czerwoną lub sinoczerwoną plamę – tzw. rumień wędrujący. Miejscowej zmianie skórnej towarzyszą często objawy uogólnione, takie jak: zmęczenie, ból mięśni, gorączka, ból głowy, sztywność karku.

Zaniechanie leczenia może prowadzić w konsekwencji do zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych oraz mózgu, zapalenia nerwów, zapalenia stawów lub zaburzenia rytmu pracy serca.

Leczenie obejmuje podawanie antybiotyków przez min. 3–4 tygodnie. Przebycie zakażenia nie daje trwałej odporności i nie chroni przed ponownym zakażeniem.

Nie ma dostępnej szczepionki przeciwko tej chorobie.

Główną metodą jej zapobiegania jest:

1. noszenie odpowiedniej odzieży w miejscach, gdzie istnieje ryzyko występowania kleszczy (lasy, pola etc.) zakrywającej jak największą część ciała (długie spodnie, koszule z długimi rękawami, nakrycie głowy etc.),
2. stosowanie środków odstrasżających kleszcze,
3. po wizycie w lesie lub innym miejscu bytowania kleszczy dokładne obejrzenie całego ciała. Po zauważeniu kleszcza, należy natychmiast delikatnie go usunąć. W tym celu należy pensetą ująć kleszcza tuż przy skórze i pociągnąć ku górze zdecydowanym ruchem. Miejsce ukłucia należy zdezynfekować. Gdyby usunięcie kleszcza sprawiało trudności, należy zwrócić się o pomoc do lekarza.
Nie należy smarować kleszcza żadną substancją, aby nie zwiększać ryzyka zakażenia.
Należy również pamiętać, że kleszcze będące wektorami krętków *Borrelia burgdorferi* mogą jednocześnie przenosić inne zarazki chorobotwórcze dla człowieka.

I.2. Dane epidemiologiczne

Liczba stwierdzanych przypadków boreliozy w Europie systematycznie wzrasta. Natomiast w Stanach Zjednoczonych do roku 2009 obserwowano stały wzrost liczby zachorowań, w latach 2010-2012 liczba zachorowań utrzymywała się na stałym poziomie, po czym w 2013 liczba nowych przypadków boreliozy ponownie uległa zwiększeniu.

Szacunkowa liczba nowych zachorowań w ciągu roku wynosi w Europie 65 tys., a w Stanach Zjednoczonych w 2013 roku zarejestrowano 27 tys. nowych przypadków boreliozy. Znacznie mniej zachorowań notuje się w Afryce i Azji.

W Polsce od 1996 roku lekarze mają obowiązek zgłaszania zachorowań na boreliozę do państwowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. W 1997 r. zarejestrowano 655 zachorowań, w 2000 r.- 2033, w 2009 r. - 10 333, a w 2014 r. liczba zgłoszonych przypadków boreliozy wzrosła do 13 866 . Dane epidemiologiczne dowodzą, że cały obszar naszego kraju może być uznany za obszar endemiczny boreliozy. Częstość występowania zakażenia *B. burgdorferi* jest równomierna na obszarze całego kraju.

Analizując sytuację epidemiologiczną boreliozy w województwie śląskim należy stwierdzić, iż od 2006 roku stwierdza się stosunkowo wysoką liczbę przypadków zachorowań, natomiast od 2013 roku liczba ta co roku przekracza 2 tys.

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ilość zachorowań	535	908	1151	1491	1766	1520	1719	1637	2278	2624	2102	3264	2779

Tabela: ilość zachorowań na boreliozę na śląsku w latach 2005- 2017 (Dane z WSSE Katowice)

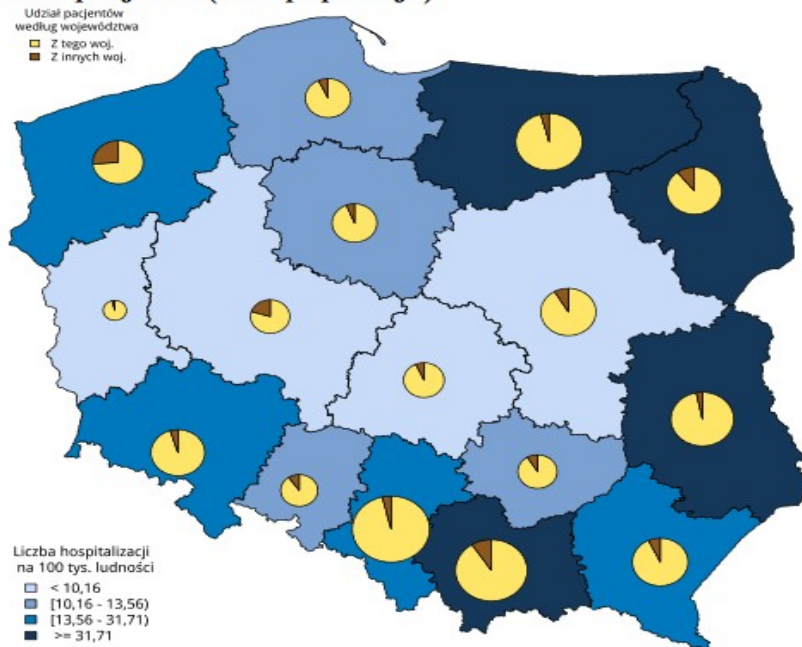
Według Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych zalecane jest wykonanie dwuetapowego protokołu diagnostycznego:

- w pierwszym etapie należy wykazać obecność swoistych przeciwciał IgM lub IgG (w zależności od postaci klinicznej) TEST ELISA.
- w drugim etapie u chorych z wynikami dodatnimi lub wątpliwymi należy wykonać oznaczenia techniką Western-blot.

Obie metody wzajemnie się uzupełniają gdy testy immunoenzymatyczne cechuje zwykle wysoka czułość i stosunkowo niska swoistość. Tymczasem metodę Western-blot charakteryzuje wysoka swoistość przy niższej czułości.

Odnosząc się do „Map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych dla województwa śląskiego”, widać, iż w 2014 roku w województwie śląskim odnotowano 1,43 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznania, zakwalifikowanych jako borelioza, co stanowiło 3,72% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznania, które przeanalizowano w niniejszym dokumencie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 31,23 i była to 5. największa wartość wśród województw .

Mapa 2.26: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności oraz struktura hospitalizacji względem miejsca zamieszkania pacjenta (cała populacja)



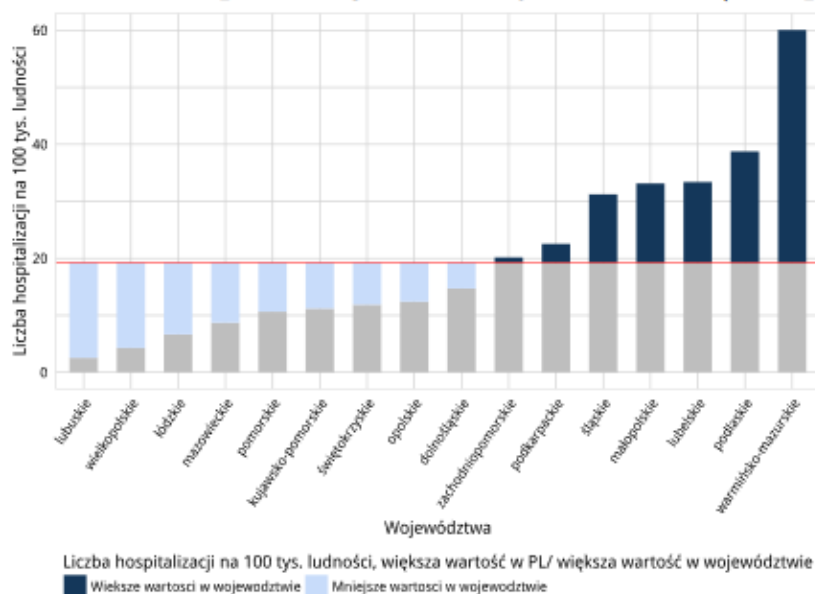
Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Tabela 2.276: Podstawowe statystyki dotyczące liczby i struktury hospitalizacji w poszczególnych województwach.

Województwo	Łączna liczba hospitalizacji	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień	Liczba hosp. (w trybie jednodniowym)	% hosp. spoza województwa	Liczba hosp. pacj. z tego woj. w innych woj.	Liczba hosp. na 100 tys. ludności
dolnośląskie	428	2	-	4,7	16	14,72
kujawsko-pomorskie	234	-	-	6,0	6	11,20
lubelskie	717	1	-	3,1	20	33,39
lubuskie	26	1	-	3,8	36	2,55
łódzkie	167	14	-	6,6	13	6,67
małopolskie	1 116	25	-	9,1	50	33,14
mazowieckie	465	26	-	8,4	28	8,72
opolskie	124	-	-	9,7	23	12,40
podkarpackie	480	1	-	6,9	28	22,55
podlaskie	462	3	-	10,6	13	38,76
pomorskie	245	2	-	6,9	40	10,65
śląskie	1 432	2	-	3,6	106	31,23
świętokrzyskie	150	-	-	8,7	19	11,88
warmińsko-mazurskie	867	1	-	3,9	50	60,06
wielkopolskie	149	16	-	20,1	84	4,29
zachodniopomorskie	346	8	-	26,3	8	20,18

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Wykres 2.77: Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności (cała populacja)



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

I.3. Opis obecnego postępowania

Badania w celu wykrycia boreliozy są refundowane, aczkolwiek muszą istnieć podstawy do ich wykonania. W celu wykonania diagnostyki należy udać się do lekarza pierwszego kontaktu, który uprzednio zbierając wywiad, badając, wystawi skierowanie na konkretne badania lub skieruje do poradni chorób zakaźnych.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Celem głównym Programu jest podniesienie poziomu wiedzy i zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę z Lyme w gminie Pawłowice w latach 2019-2022.

II.2. Cele szczegółowe:

- zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości społecznej na temat chorób przenoszonych przez kleszcze,
- poprawa dostępności do specjalistycznych badań laboratoryjnych w kierunku wykrycia boreliozy z Lyme dla mieszkańców w okresie realizacji programu,
- zwiększenie wykrywalności boreliozy z Lyme wśród mieszkańców gminy w okresie trwania programu,

II.3. Mierniki efektywności

- Liczba włączonych do Programu osób, które zwiększyły poziom wiedzy i świadomości społecznej na temat chorób przenoszonych przez kleszcze na podstawie sprawozdań od realizatora programu,
- Liczba włączonych do programu osób, które zakwalifikowały się na podstawie ankiety kwalifikacyjnej do badań specjalistycznych w kierunku wykrycia boreliozy z Lyme,
- liczba osób z dodatnim wynikiem testu Elisa i badania Western blot na podstawie sprawozdań od realizatora.

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

III.1. Populacja docelowa

Według danych z ewidencji ludności Urzędu Gminy Pawłowice na dzień 31.12.2017r. wynosi 17881. Zgodnie z naszymi założeniami grupą docelową programu są dorośli mieszkańcy gminy Pawłowice w wieku produkcyjnym, a więc osoby w wieku 18 -64 lat. Według danych GUS na dzień 13.04.2017r. wynika, że osób spełniających ww. kryteria wiekowe w gminie Pawłowice jest 12363. Akcja edukacyjna skierowana zostanie do wszystkich dorosłych mieszkańców gminy poprzez przygotowanie ulotek i umieszczenie ich w przychodniach zdrowia na terenie gminy Pawłowice oraz w instytucjach publicznych na terenie gminy Pawłowice. Wywiadem oraz badaniem diagnostycznym chcielibyśmy objąć jak największą liczbę osób. Jednak skromne środki finansowe jakimi dysponuje nasz samorząd wyznaczają nam pewne granice. Tak więc badania diagnostyczne obejmą grupę około 900 osób z populacji docelowej wskazanej do objęcia tym typem interwencji.

Osobom zakwalifikowanym do programu zostaną wykonane przesiewowe badania testem ELISA w dwóch klasach: IgG i IgM. Spośród osób, u których wynik w badaniu będzie dodatni bądź wątpliwy wykonane zostanie badanie testem Western blot. Szacuje się, że odsetek wyników dodatnich oraz wątpliwych nie przekroczy 50%, w związku z tym zakładamy liczbę 450 badań testem Western blot. Jeżeli okaże się, że wyników dodatnich w badaniach testem Elisa będzie więcej, a środki finansowe gminy na to pozwolą to będziemy chcieli przebadać wszystkie osoby z dodatnim wynikiem. Ponadto każda z osób z pozytywnym wynikiem zostanie poinformowana o konieczności zgłoszenia się do lekarza rodzinnego podstawowej opieki zdrowotnej, który zadecyduje o dalszym postępowaniu wg oceny indywidualnych przypadków do programu. Z programu zostaną wykluczone osoby, które są już objęte opieką w zakresie diagnostyki i leczenia boreliozy w ramach NFZ.

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

Założeniem programu jest dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji w programie. Po wyborze realizatora programu przeprowadzona zostanie

szeroka kampania informacyjna skierowana do mieszkańców zachęcająca aktywnie do udziału w programie.

Zaproszenie do udziału w programie zostanie umieszczone na stronie internetowej gminy www.pawlowice.pl, w lokalnej prasie Racje Gminne. Ulotki zostaną rozdysponowane w przychodniach zdrowia, szkołach oraz jednostkach organizacyjnych gminy.

Urząd Gminy zwróci się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, o pomoc w organizacji akcji edukacyjnej, informacyjnej dotyczącej problemu zdrowotnego jakim jest borelioza.

Osoby, które zgłoszą się do programu będą miały przeprowadzony wywiad dotyczący ekspozycji na kleszcze. Wywiad przeprowadzi lekarz pierwszego kontaktu i to on zdecyduje o zasadności wzięcia udziału w programie. Lekarz przeprowadzi również edukację w zakresie zwracania uwagi na unikanie obszarów częstego występowania kleszczy, a jeżeli jest to niemożliwe, zastosowanie odpowiednich środków ostrożności tj. noszenie odpowiedniego ubioru (jasne kolory, długie rękawy i nogawki), stosowanie produktów odstraszcających owady (zawierających DEET, tzw. repelenty), a także impregnowanie ubrań permetryną.

III. 3. Planowane interwencje

- **edukacja zdrowotna** – edukacja prowadzona będzie przez lekarzy pierwszego kontaktu, którzy przekażą wiedzę dotyczącą tzw. nieswoistych metod profilaktyki zakażeń. Zgodnie z rekomendacjami edukacja zdrowotna w zakresie chorób odkleszczowych – borelioza z Lyme powinna obejmować stosowanie odpowiedniego ubioru (jasne kolory, długie rękawy i nogawki), stosowanie repelentów oraz impregnowanie ubrań permetryną. W ramach prowadzenia działań profilaktyczno – edukacyjnych adresaci programu zostaną poinformowani o dostępnych w rejonie placówkach udzielających danych świadczeń. Materiały edukacyjne na temat profilaktyki boreliozy z Lyme umieszczane będą w lokalnej prasie Racje Gminne oraz na ulotkach i plakatach dostępnych w przychodniach zdrowia, jednostkach organizacyjnych gminy, placówkach oświatowych.

Szczególne uwagi zostaną zwrócone na umiejętności praktyczne, takie jak unikanie ryzykownych zachowań sprzyjających kontaktom z kleszczami, używanie preparatów odstraszcających, właściwa technika usuwania kleszcza oraz postępowanie w przypadku zaobserwowania podejrzanych zmian skórnych po ukąszeniu.

- **rekrutacja do programu** – osoby spełniające kryteria wiekowe będą zapraszane do udziału w programie poprzez umieszczenie zaproszenia w lokalnej prasie oraz stronie internetowej urzędu. Lekarze pierwszego kontaktu oraz pielęgniarki z przychodni zdrowia z terenu gminy będą informowali pacjentów spełniających kryteria o możliwości skorzystania z udziału w programie;

- **kwalifikacja uczestników do udziału w programie** - kwalifikacja uczestników do badania odbędzie się za pośrednictwem przeprowadzonego wywiadu z oceny ekspozycji na kleszcze, wraz z wyrażeniem zgody na udział w programie i przeprowadzenie badania diagnostycznego, z programu zostaną wykluczone osoby, które są już objęte opieką w zakresie diagnostyki i leczenia boreliozy w ramach NFZ;

- **badania diagnostyczne w kierunku wykrycia boreliozy** - wśród osób, które na podstawie przeprowadzonego wywiadu zostaną uznane za grupę szczególnego ryzyka, zostanie pobrana próbka krwi, do badania testami laboratoryjnymi. Pierwsza z nich będzie wykorzystana do wykonania testu ELISA. W przypadku pozytywnego wyniku tego badania druga próbka posłuży do wykonania testu Western blot. Taki schemat postępowania pozwoli na uniknięcie konieczności powtórnego stawienia się osób z pozytywnym testem ELISA. Osoby, które w wyniku przeprowadzonej diagnostyki uzyskają pozytywny wynik testu ELISA oraz Western blot zostaną poinformowane o tym fakcie, a także o możliwościach uzyskania dalszej pomocy medycznej, oraz zostaną skierowane do podmiotu działającego w ramach NFZ. Badania będzie realizował wyszkolony personel posiadający stosowne uprawnienia.

- **sporządzenie statystycznej analizy wyników badań** – to ostatni etap programu, który ma posłużyć w celu określenia kierunków kolejnych działań. Realizator programu zobowiązany będzie do przekazania sprawozdania miesięcznego i rocznego, które zawierać będzie analizę mierników efektywności z całego okresu trwania programu polityki zdrowotnej. Dane te posłużą do udokumentowania efektów programu, jego doskonalenia i modyfikacji oraz uszczegółowienia działań w kolejnych latach.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Niniejszy program pozwala na wstępną weryfikację stanu zdrowia w krótszym czasie, w uproszczonej procedurze, w związku z czym istnieje szansa, że osoby chętniej poddadzą się ocenie specjalistycznej.

Zakłada się, że pozwoli to na wcześniejsze wykrycie i stworzy możliwość skuteczniejszego objęcia opieką specjalistyczną osób zagrożonych wystąpieniem boreliozy.

Pacjent podejrzewający chorobę zgłasza się do lekarza pierwszego kontaktu w ramach NFZ, który przeprowadza wywiad w celu ustalenia czy istnieje możliwość zakażenia boreliozą. Jeżeli lekarz potwierdza obawy pacjenta to w ramach programu osoba zgłoszona może wykonać badania diagnostyczne w celu wykrycia boreliozy.

Założono, że badania będą wykonywane dwuetapowo, w pierwszej kolejności zostanie wykonany test ELISA a w razie wątpliwości test Western blot.

Test ELISA ma zwykle wysoką czułość (>90%), czyli zdolność wykrywania choroby. Pozwala wyeliminować przypadki niebędące boreliozą, ponieważ pacjent z ujemnym wynikiem testu ELISA z dużym prawdopodobieństwem jest zdrowy. Wysoka czułość oznacza jednak ryzyko wyników fałszywie dodatnich, czyli badanie może wypaść dodatnio u osoby, która w rzeczywistości nie jest zakażona krętkiem *Borrelia*. Dlatego zaleca się u osób z wynikiem dodatnim lub wątpliwym wykonanie testu Western-Blot, który posiada wysoką swoistość (przynajmniej 95%), czyli zdolność do poprawnego wykluczenia choroby. Pozwala on potwierdzić, że pacjent z dodatnim wynikiem testu ELISA rzeczywiście ma we krwi przeciwciała przeciw krętkom *Borrelia*, wytworzone po kontakcie z zakażonym kleszczem. Równocześnie wysoka swoistość testu oznacza ryzyko wyników fałszywie ujemnych, czyli niestwierdzenia zakażenia u osoby faktycznie zakażonej.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie

Każda osoba uczestnicząca w programie, której wynik w testach diagnostycznych będzie dodatni zostanie poinformowana o konieczności podjęcia leczenia u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, bądź w poradni chorób zakaźnych. Każdy uczestnik może przerwać udział w programie na każdym etapie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Realizator programu zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert. Oprócz uprawnień do realizacji programu musi mieć wiedzę i doświadczenie w tym zakresie, powinien dysponować również odpowiednim zapleczem (potencjałem) technicznym oraz zasobami ludzkimi.

Program zostanie przeprowadzony z zachowaniem wszelkich wymagań wynikających z obowiązujących przepisów oraz innych norm ustalonych dla procedur medycznych.

Realizator programu musi spełniać określone warunki, m.in.:

- posiadać wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Z 2018r. Poz. 2190 ze zm.),
 - spełniać wymogi lokalowe, sprzętowe i kadrowe, wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 86),
 - posiadanie laboratorium analitycznego lub mieć dostęp do laboratorium, w którym będzie możliwość wykonania badań w ramach programu, spełniających wymogi określone przepisami prawa,
 - zapewnienie personelu wykonującego badania posiadającego wykształcenie medyczne,
- Realizator zadania jest zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej z realizacji programu w formie papierowej i elektronicznej przez okres 5 lat.

Realizacja programu odbędzie się przy użyciu wyrobów medycznych zarejestrowanych dopuszczonych do obrotu na terenie Polski, które posiadają odpowiednie rekomendacje w wytycznych ogólnopolskich.

W celu łatwego dostępu do programu wszystkie świadczenia będą realizowane w gabinetach lekarskich i laboratoriach na terenie gminy.

Kampania edukacyjna zostanie przeprowadzona w lokalnej prasie oraz na stronie internetowej urzędu. Plakaty i ulotki zostaną rozdysponowane po placówkach ochrony zdrowia mieszczących się na terenie gminy.

Kolejnym etapem będzie przeprowadzenie wywiadu wśród osób zgłaszających się do Realizatora na badania diagnostyczne laboratoryjne, która zawiera pytania o ekspozycję na kleszcze, miejsce ekspozycji, obecność rumienia wędrującego oraz wystąpienia innych dolegliwości, które świadczyć mogą o występowaniu choroby u danej osoby. U osób zgłaszających objawy kliniczne nasuwające podejrzenie boreliozy zostanie pobrana próbka krwi do badania testami laboratoryjnymi. Pobrana krew zostanie podzielona do dwóch probówek, tak aby z jednej wykonać test Elisa, natomiast z drugiej - jeśli zajdzie taka konieczność - test Western blot. Dzięki temu unikniemy konieczności powtórzenia się osób z pozytywnym wynikiem testu Elisa, w celu pobrania kolejnej próbki krwi do badania testem Western blot. Ostatnim etapem programu będzie sporządzenie statystycznej analizy wyników badań, w celu określenia kierunków dalszych działań.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Realizator będzie zobowiązany do przekazania sprawozdania miesięcznego oraz rocznego, które będzie zawierać analizę uzyskanych mierników efektywności z całego okresu trwania projektu. Monitoring i ewaluacja programu obejmie analizę podstawowych zagadnień tj.:

- liczba osób zakwalifikowanych do programu
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami z przyczyn zdrowotnych lub innych powodów
- liczba osób, które zrezygnowały z programu w trakcie realizacji programu
- liczba osób z ujemnym wynikiem testu Elisa
- liczba osób z dodatnim wynikiem testu Elisa
- liczba osób z ujemnym wynikiem testu Western blot
- liczba osób z dodatnim wynikiem testu Western blot
- liczba osób skierowanych do dalszej pogłębionej diagnostyki
- ocena jakości świadczeń udzielanych w ramach realizacji projektu na podstawie ankiet
- uwagi realizatora programu oraz uczestników

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Struktura wydatków jednostkowych ze względu na rodzaj:

praca personelu medycznego – 2,00 zł;

koszt analizy laboratoryjnej pr. krwi badanej testem ELISA (IgM / IgG) – 52, 00 zł;

koszt analizy laboratoryjnej pr. krwi badanej testem Western blot (IgM / IgG)– 160,00 zł;

koszty działań promocyjno – edukacyjnych – 2000,00 zł.

Zakładamy, że w roku 2019 badaniami objętych zostanie 310 osób. Z tego 310 osób będzie miało wykonane badanie testem ELISA – koszt jednostkowy w przybliżeniu 52,00 zł / osobę. Zakładamy, że połowa tj. 50 % osób objętych przedmiotowym działaniem, zostanie objętych pełną diagnostyką z wykonaniem testu Western blot – koszt jednostkowy to 160,00 zł.

Działania z zakresu promocji i edukacji wyceniono na 2 000,00 zł.

Zadania	Cena jednostkowa w zł.	2019	2020	2021	2022
Ilość osób		310	500	300	300
Konsultacja lekarska	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Praca personelu medycznego	2,00	620,00	1000,00	600,00	600,00
Test ELISA	56,00	17360,00	28000,00	16800,00	16800,00
Test Western blot (50% populacji)	160,00	24800,00	40000,00	24000,00	24000,00
Działania edukacyjne	2000,00	500,00	500,00	500,00	500,00
		43280,00	69500,00	41900,00	41900,00

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

Program finansowany będzie w latach 2019 - 2021 z budżetu gminy oraz z darowizny otrzymanej z Fundacji JSW. W kolejnych latach w miarę potrzeb gmina wystąpi z wnioskiem do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Fundacji JSW o dofinansowanie ww. zadania.

Niniejszy program jest planowany do realizacji w latach 2019 – 2022, jednakże możliwa będzie jego kontynuacja w kolejnych latach, jeżeli możliwości finansowe jednostki samorządu pozwolą na jego dalszą kontynuację, a ocena efektywności programu będzie pozytywna.

VII. Bibliografia

- 1) Borelioza i inne choroby przenoszone przez kleszcze w aspekcie narażenia zawodowego – E. Cisak, J. Zwoliński.
- 2) Diagnostyka boreliozy - Jacek Gąsiorowski, Elżbieta Witecka-Knysz, Brygida Knysz, Hanna Gerber, Andrzej Gładysz.
- 3) Dane z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno Epidemiologicznej w Katowicach.
- 4) Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych - Robert Flisiak, Sławomir Pancewicz.
- 5) portal internetowy www.borelioza.org.
- 6) Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych (z wyłączeniem HIV i WZW) dla województwa śląskiego.

UZASADNIENIE

zgodnie z ustawą z dnia 8 marca 1990 o samorządzie gminnym do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, a zadania te obejmują sprawy związane m.in. z ochroną zdrowia. Aby temu sprostać gmina może na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej. Wychodząc naprzeciw potrzebom zdrowotnym naszym mieszkańcom opracowano program polityki zdrowotnej p.n. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania boreliozy wśród mieszkańców gminy Pawłowice na lata 2019 – 2022”. Program uzyskał pozytywną opinię pod warunkiem uwzględnienia uwag Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie. W 2019 r. gmina otrzymała darowiznę z Fundacji JSW na dofinansowanie badań w kwocie 49 500,00zł. Z uwagi na wystąpienie w 2020r. stanu epidemii koronawirusa umowa z fundacją JSW została aneksowana i wydłużona do końca 2021r. Darowizna oraz epidemia koronawirusa znacznie zmodyfikowały koszty programu. W zmienionym programie zostały także uwzględnione uwagi Prezesa AOTMiT.