

**UCHWAŁA NR XXX/358/23**  
**RADY POWIATU WROCŁAWSKIEGO**

z dnia 13 czerwca 2023 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej**  
**pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy**  
**i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025”**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 i art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1526 ze zm.), art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1608), art. 8, art. 48 ust. 1 oraz art. 48a ust. 1 i ust. 5 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.) Rada Powiatu Wrocławskiego uchwala, co następuje:

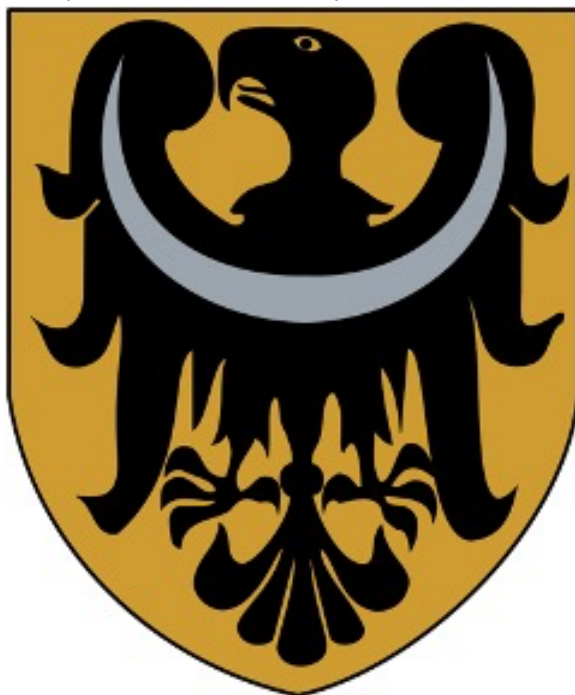
**§ 1.** Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Wrocławskiego.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wiceprzewodniczący Rady  
Powiatu Wrocławskiego

**Janusz Gargala**



**Program polityki zdrowotnej**

**w zakresie**

**profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi**

**dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego**

**na lata 2023–2025**

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie  
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  
(Dz.U. 2022 poz. 2561)

**Wrocław, kwiecień 2023 r.**

Opracowanie dokumentu na zlecenie Powiatu Wrocławskiego  
dr n. o zdr. Jacek Borowicz



dr n. o zdr. Jacek Borowicz  
PubHealth  
01-738 Warszawa, ul. Izabelli 16/12  
NIP 538-157-48-57; REGON 368571482  
tel. kom. 505-418-428  
e-mail: [jacek.borowicz@pubhealth.pl](mailto:jacek.borowicz@pubhealth.pl)  
[www.pubhealth.pl](http://www.pubhealth.pl)

## Spis treści

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Spis treści .....                                                                      | 3  |
| Spis tabel:.....                                                                       | 5  |
| Spis rycin: .....                                                                      | 5  |
| Słowniczek .....                                                                       | 7  |
| Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji .....                        | 8  |
| Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji .....          | 8  |
| Modelowe rozwiązanie .....                                                             | 8  |
| 1. Opis problemu zdrowotnego .....                                                     | 9  |
| a. Choroba lub problem zdrowotny .....                                                 | 9  |
| b. Epidemiologia .....                                                                 | 10 |
| Epidemiologia województwo dolnośląskie .....                                           | 12 |
| c. Obecne postępowanie .....                                                           | 23 |
| Ścieżka terapii onkologicznej w Polsce .....                                           | 24 |
| Świadczenia gwarantowane .....                                                         | 24 |
| Kampanie edukacyjne .....                                                              | 27 |
| Ogólnopolski Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi ..... | 28 |
| Wnioski z odnalezionych rekomendacji .....                                             | 28 |
| 2. Cele programu i mierniki efektywności .....                                         | 30 |
| a. Cel główny .....                                                                    | 30 |
| b. Cele szczegółowe .....                                                              | 30 |
| c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu .....                            | 30 |
| 3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji .....                          | 32 |
| a. Populacja docelowa .....                                                            | 32 |
| b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu .....                 | 34 |

|                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Kryteria ogólne włączenia .....                                                             | 34 |
| Kryteria szczegółowe dla poszczególnych etapów programu .....                               | 35 |
| c. Planowane interwencje .....                                                              | 36 |
| 1. Kampania promocyjna .....                                                                | 37 |
| 2. Rekrutacja uczestników .....                                                             | 37 |
| 3. Kwalifikacja do działań w ramach programu .....                                          | 37 |
| 4. Szkolenia dla personelu medycznego .....                                                 | 37 |
| 5. Szkolenia w zakładach pracy .....                                                        | 38 |
| 6. Działania informacyjno-edukacyjne .....                                                  | 39 |
| 7. Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna .....                                        | 41 |
| 8. Pogłębiona diagnostyka .....                                                             | 42 |
| d. Sposób udzielania świadczeń .....                                                        | 43 |
| e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....                         | 44 |
| 4. Organizacja programu .....                                                               | 45 |
| a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów .....                             | 45 |
| Ad 4. Wybór realizatora .....                                                               | 46 |
| Ad 5. Kampania promocyjna .....                                                             | 46 |
| Ad 7 Monitoring działań .....                                                               | 46 |
| Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu .....                                  | 47 |
| b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych ..... | 47 |
| 5. Monitorowanie i ewaluacja .....                                                          | 49 |
| a. Monitorowanie .....                                                                      | 49 |
| b. Ewaluacja .....                                                                          | 51 |
| 6. Koszty .....                                                                             | 53 |
| a. Koszty jednostkowe .....                                                                 | 53 |

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| b. Planowane koszty całkowite .....                                                     | 55 |
| c. Źródła finansowania, partnerstwo .....                                               | 57 |
| 7. Bibliografia .....                                                                   | 58 |
| 8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora .....               | 60 |
| a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór .....                                 | 60 |
| b. Zgoda na udział w programie - wzór .....                                             | 61 |
| c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania informacyjno-edukacyjne - wzór.. | 62 |

#### Spis tabel:

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1. Epidemiologia i prognoza demograficzna .....                             | 17 |
| Tabela 2. Rehabilitacja medyczna .....                                             | 17 |
| Tabela 3. Docelowa populacja całościowa programu .....                             | 33 |
| Tabela 4. Rodzaje i wysokość kosztów bezpośrednich działań w ramach programu ..... | 54 |
| Tabela 5. Rodzaje rocznych kosztów pośrednich .....                                | 55 |
| Tabela 6. Koszty całkowite realizacji programu .....                               | 55 |
| Tabela 7. Koszty całkowite realizacji programu z podziałem na kategorie .....      | 56 |
| Tabela 8. Planowany budżet programu w zł. ....                                     | 56 |

#### Spis rycin:

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Rycina 1. Struktura zachorowań (lewa) i zgonów (prawa) u mężczyzn na nowotwory w 2020 roku .....                       | 11 |
| Rycina 2. Struktura zachorowań (lewa) i zgonów (prawa) u kobiet na nowotwory w 2020 roku .....                         | 12 |
| Rycina 3. Zachorowania i zgodny na nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku .....                                       | 12 |
| Rycina 4. Rozkład geograficzny współczynnika ESP2013 umieralności na nowotwory złośliwe w 2020 – M-lewa, K-prawa ..... | 13 |
| Rycina 5. Umieralność na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce w 2020 roku .....                                          | 13 |
| Rycina 6. Ranking problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY dla populacji kobiet i mężczyzn, woj. dolnośląskie .....     | 14 |
| Rycina 7. Wpływ palenia tytoniu na DALY w województwach (kobiety i mężczyźni łącznie) w 2019 r. ....                   | 15 |

|                                                                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Rycina 8. Odsetek mieszkańców danego województwa lub powiatu, którzy skorzystali z AOS w 2019 r. (niezależnie od miejsca realizacji porady)..... | 15 |
| Rycina 9. Powiaty z największą i najmniejszą liczbą pacjentów w przeliczeniu na liczbę ludności oraz liczba porad w 2019 r.....                  | 16 |
| Rycina 10. Zachorowania na nowotwory z grupy C00-C14 w latach 2019-2024, woj. dolnośląskie .....                                                 | 18 |
| Rycina 11. Zgony na nowotwory z grupy C00-C14 w latach 2019-2024, woj. dolnośląskie....                                                          | 19 |
| Rycina 12. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce, 2020 r., woj. dolnośląskie...                                                        | 19 |
| Rycina 13. Ilość wydanych kart DiLO w podziale według województw. ....                                                                           | 20 |
| Rycina 14. Ranking województw – czynnik ryzyka – tytoń .....                                                                                     | 20 |
| Rycina 15. Wskaźnik zapadalności (wartości bezwzględne i na 100 tys. ludności) – głowa i szyja .....                                             | 21 |
| Rycina 16. Zapadalność rejestrowana na 100 tys. ludności nowotwory „głowa i szyja” .....                                                         | 22 |
| Rycina 17. Zapadalność rejestrowana w grupach wiekowych nowotwory „głowa i szyja” ....                                                           | 22 |
| Rycina 18. Piramida wieku mieszkańców powiatu wrocławskiego, 2021 rok.....                                                                       | 32 |

## Słowniczek

|        |                                                                        |
|--------|------------------------------------------------------------------------|
| AAMOS  | American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons                |
| ACS    | American Cancer Society                                                |
| AIHW   | Australian Institute of Health and Welfare                             |
| AOS    | ambulatoryjna opieka zdrowotna                                         |
| ASCO   | American Society of Clinical Oncology                                  |
| DALY   | Disability-Adjusted Life Years - lata życia skorygowane niesprawnością |
| DiLO   | Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego                            |
| EHNCS  | European Head and Neck Cancer Society                                  |
| EHNS   | European Head and Neck Society                                         |
| ESMO   | European Society for Medical Oncology                                  |
| GIS    | Główny Inspektorat Sanitarny                                           |
| GoSA   | Government of South Australian                                         |
| JST    | jednostka samorządu terytorialnego                                     |
| KRN    | Krajowy Rejestr Nowotworów                                             |
| MPZ    | mapy potrzeb zdrowotnych                                               |
| MZ     | Minister Zdrowia                                                       |
| NCCN   | National Comprehensive Cancer Network                                  |
| NCERG  | National Cancer Expert Reference Group                                 |
| NFZ    | Narodowy Fundusz Zdrowia                                               |
| NICE   | National Institute for Health and Care Excellence                      |
| NZG    | New Zealand Government                                                 |
| PET    | Positron Emission Tomography - pozytonowa tomografia emisyjna          |
| PIS    | Państwowa Inspekcja Sanitarna                                          |
| POZ    | podstawowa opieka zdrowotna                                            |
| PTOK   | Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej                               |
| RM     | rezonans magnetyczny                                                   |
| TK     | tomografia komputerowa                                                 |
| UKNMG  | United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines                   |
| USPSTF | United States Preventive Services Task Force                           |



## **Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji**

Program został przygotowany na podstawie Rekomendacji nr 14/2020 z dnia 15 grudnia 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi.

## **Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. 2022 poz. 2561) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 264/2020 z dnia 12 października 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji dla problemu zdrowotnego: nowotwory głowy i szyi oraz Raportu nr OT.423.3.2018 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy)”, data ukończenia raportu: październik 2020.

## **Modelowe rozwiązanie**

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

## 1. Opis problemu zdrowotnego

### a. Choroba lub problem zdrowotny

Nowotwory głowy i szyi stanowią rozległą grupę nowotworów – zawiera się w nim ponad 20 rodzajów nowotworów. W ramach diagnostyki wspólnym mianownikiem nowotworów z tej grupy jest wykonanie biopsji wycinka nowotworu, przy czym wcześniejsze etapy diagnostyki są uzależnione od umiejscowienia i typu nowotworu (Szczeklik 2017).

Nowotwory narządów głowy i szyi są istotnym problemem zarówno klinicznym jak i epidemiologicznym. Obejmują narządy takie jak: wargi, jama ustna, gardło (dzielone na część nosową, ustną i krtaniową), zatoki przynosowe, gruczoły wytwarzające ślinę, krtań czy ucho. Niezmiennie w Polsce od kilku lat odsetek zachorowań wśród nowotworów złośliwych waha się od 5,5% do 6,2%, co przekłada się na około 5 500 do 6 000 nowych zachorowań rocznie (KRN 2020) i 3 800 zgonów (Krawecki 2011).

Nowotwory w danym obszarze anatomicznym są najczęstsze u osób po 45 roku życia, z wyjątkiem raka nosowej części gardła, gdzie większa zachorowalność występuje między 15 a 35 rokiem życia oraz powyżej 50 roku życia. Zachorowalność jest niemal 5-krotnie wyższa w grupie mężczyzn niż u kobiet (Krawecki 2011).

Zasadniczym czynnikiem przyczynowym płaskonabłonkowych nowotworów narządów głowy i szyi są kancerogeny zawarte w dymie tytoniowym.

Wśród innych czynników można wymienić:

- nadużywanie wysokoprocentowego alkoholu;
- niedostateczna higiena jamy ustnej;
- mechaniczne drażnienie błon śluzowych.

W powstawaniu niektórych raków w obszarze głowy i szyi istotną rolę odgrywają wirusy – zakażenie wirusem Epsteina-Barr występuje u 70-90% chorych na raka nosowej części gardła. Wirus brodawczaka ludzkiego, jest czynnikiem przyczynowym niektórych nowotworów – przede wszystkim raka ustnej części gardła, rzadziej raka jamy ustnej i krtani. Chorzy na płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi mają zwiększone ryzyko wystąpienia drugiego niezależnego nowotworu. Ryzyko szacowane jest na 2% rocznie i na 36% w ciągu 20 lat. Spowodowane jest to głównie ekspozycją na wspólne czynniki kancerogenne, głównie dym tytoniowy (Krawecki 2011). Objawy są różne w zależności od miejsca początkowego umiejscowienia nowotworu. Zwykle jest to: ból, owrzodzenie, zajęcie tkanki, zaburzenia oddychania, zaburzenia połykania, zaburzenia mowy. Nowotwór może powodować również:

zaburzenia wzroku, zaburzenia smaku, zaburzenia węchu oraz zaburzenia słuchu. Często pierwszym objawem jest powiększenie węzłów chłonnych szyi (Didkowska 2018).

Z punktu widzenia budowy tkanki, nowotwory głowy i szyi stanowią grupę względnie jednolitą. Zdecydowana większość (90%) wszystkich przypadków stanowią raki płaskonabłonkowe o różnym stopniu zróżnicowania, wywodzące się z błon śluzowych. Raki płaskonabłonkowe w obszarze anatomicznym głowy i szyi charakteryzuje wzrost miejscowy, częste przerzuty do pobliskich węzłów chłonnych i rzadkie przerzuty odległe. Są w umiarkowanym stopniu wrażliwe na napromienianie i chemioterapię (Didkowska 2018).

## **b. Epidemiologia**

W mapach potrzeb zdrowotnych wskazano, iż szczyt zapadalności na nowotwory z grupy „głowy i szyi” przypada na grupę wiekową 65+. W grupie mężczyzn jest to 131,8/100 tys., a w przypadku kobiet 37,8/100 tys. Najmniejszą zapadalność na nowotwory głowy i szyi odnotowuje się u osób w wieku poniżej 18 r.ż. zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet, na poziomie odpowiednio 1,1/100 tys. oraz 0,7/100 tys. (MPZ 2018).

Według danych przytoczonych w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie map potrzeb zdrowotnych na okres 2022-2026 rok (Dz.U. 2021 poz. 69), nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów. Spośród nich największy udział mają nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy, które odpowiadają za ok. 12% wszystkich zgonów w Polsce.

W 2019 r. zmarło więcej mężczyzn (51,6% ogółem) niż kobiet i mieszkańców miast (61,8% ogółem) niż mieszkańców wsi. Województwa mazowieckie i opolskie były województwami, na terenie których dochodziło odpowiednio do największej i najmniejszej liczby zgonów (14,08% i 2,61% ogółem). 40,55% zgonów było spowodowane chorobami układu krążenia (przede wszystkim choroba niedokrwienna serca), a za 26,38% odpowiadały nowotwory (przy znacznym udziale nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotworu jelita grubego).

W 2019 r. odnotowano 406,3 tys. zgonów, z czego 91% nastąpiło z powodu problemów zdrowotnych z grupy chorób niezakaźnych. Za blisko połowę z nich odpowiadały choroby układu krążenia (przede wszystkim choroba niedokrwienna serca i udar), a za 1/3 – nowotwory (przy znacznym udziale nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotworu

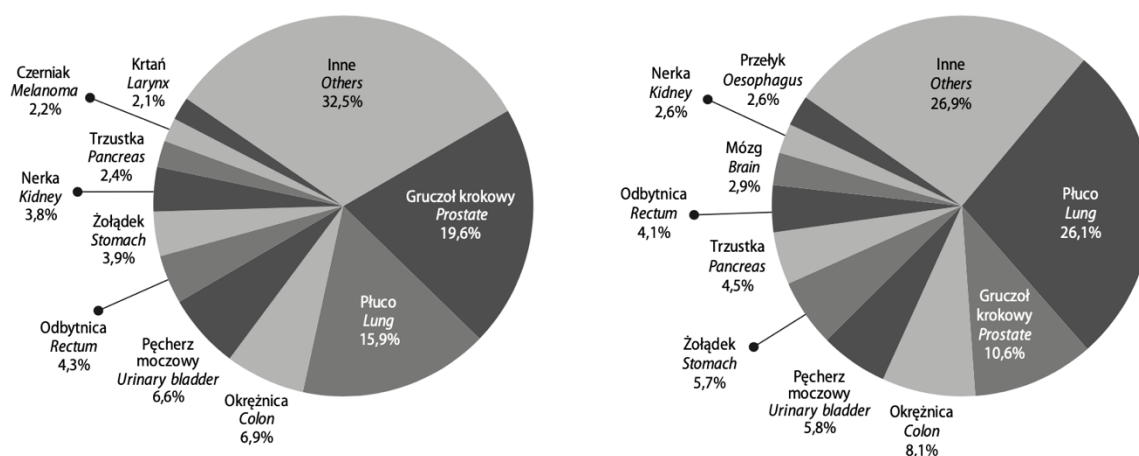
złośliwego jelita grubego i odbytnicy). W przeciągu ostatnich 20 lat liczba zgonów z powodu nowotworów wzrosła, a liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia nieznacznie zmalała. Nowotwory w 2019 r. odpowiadały za 20% zgonów wśród mężczyzn oraz za 13% zgonów wśród kobiet. W 2019 r. z chorób nowotworowych zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, najczęściej do zgonu przyczyniał się nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (117 zgonów na 100 tys. mężczyzn, 48 zgonów na 100 tys. kobiet) oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy (52 zgony na 100 tys. mężczyzn, 41 zgonów na 100 tys. kobiet).

Według prognoz za jeden z największych wzrostów wartości zgonów w Polsce w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. będą odpowiadać nowotwory (różnica wartości latami to 29,86 na 100 tys. ludności, przyrost na poziomie 9,4%). W tej grupie znaczący udział ma nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy.

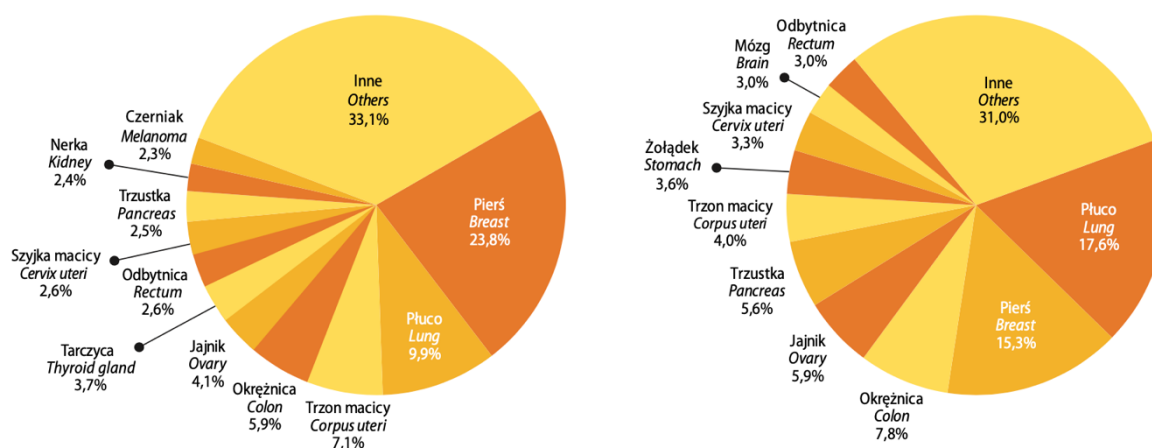
W 2020 roku do Krajowego Rejestru Nowotworów wpłynęły informacje o niemal 146,2 tys. nowych zachorowanych na nowotwory i 99,9 tys. zgonach z ich powodu.

Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, powodując w 2020 roku 21,8% zgonów mężczyzn i 20% zgonów kobiet.

Strukturę zachorowań i zgonów z powodu nowotworów w 2020 roku, z podziałem na płeć wskazano na poniższych rycinach.



Rycina 1. Struktura zachorowań (lewa) i zgonów (prawa) u mężczyzn na nowotwory w 2020 roku  
Źródło: KRN



Rycina 2. Struktura zachorowań (lewa) i zgonów (prawa) u kobiet na nowotwory w 2020 roku  
Źródło: KRN

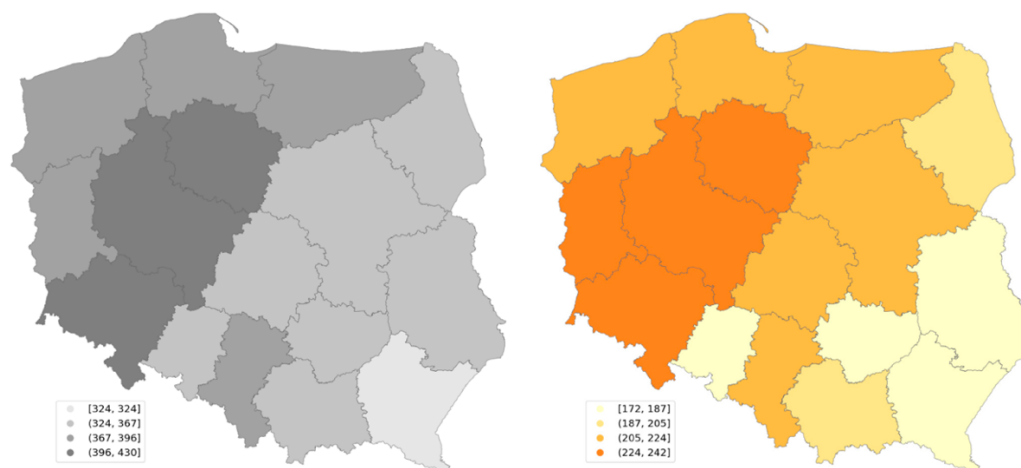
Szacuje się, że na każde 100 tys. osób w polskiej populacji w 2020 roku u 381 osób zdiagnozowano nowotwór.

|                     | Liczba        | Współczynnik surowy | Współczynnik standaryzowany (ASW) | Współczynnik standaryzowany (ESP2013) |
|---------------------|---------------|---------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Zachorowania</b> |               |                     |                                   |                                       |
| <b>Mężczyźni</b>    | 72651         | 391,6               | 213,2                             | 466,6                                 |
| <b>Kobiety</b>      | 73530         | 371,3               | 193,0                             | 351,5                                 |
| <b>Ogółem</b>       | <b>146181</b> | <b>381,1</b>        | <b>198,2</b>                      | <b>392,0</b>                          |
| <b>Zgony</b>        |               |                     |                                   |                                       |
| <b>Mężczyźni</b>    | 54370         | 293,1               | 147,9                             | 377,7                                 |
| <b>Kobiety</b>      | 45501         | 229,8               | 90,8                              | 213,9                                 |
| <b>Ogółem</b>       | <b>99871</b>  | <b>260,4</b>        | <b>114,3</b>                      | <b>276,8</b>                          |

Rycina 3. Zachorowania i zgodny na nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku  
Źródło: KRN

## Epidemiologia województwo dolnośląskie

Województwo dolnośląskie cechują jedne z najwyższych w Polsce wskaźniki standaryzowanego współczynnika umieralności na 100 tys. osób, zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet.



Rycina 4. Rozkład geograficzny współczynnika ESP2013 umieralności na nowotwory złośliwe w 2020 – M-lewa, K-prawa  
Źródło: KRN

Współczynnik standaryzowany umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem dla województwa łódzkiego był wyższy od współczynnika dla Polski i wynosił dla mężczyzn 419,6 vs 377,7 oraz 233,1 vs 213,9 dla kobiet.

Była to druga najwyższa wartość wskaźnika dla populacji mężczyzn w Polsce, a trzecia dla populacji kobiet.

| Województwo<br>Voivodeship | Mężczyźni<br>Males                    |                                   |                                                        |                                                            | Kobiety<br>Females                    |                                   |                                                        |                                                            |
|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                            | Liczby bezwzględne<br>Absolute number | Współczynnik surowy<br>Crude rate | Współczynnik standaryzowany<br>Standardized rate (ASW) | Współczynnik standaryzowany<br>Standardized rate (ESP2013) | Liczby bezwzględne<br>Absolute number | Współczynnik surowy<br>Crude rate | Współczynnik standaryzowany<br>Standardized rate (ASW) | Współczynnik standaryzowany<br>Standardized rate (ESP2013) |
|                            |                                       |                                   |                                                        |                                                            |                                       |                                   |                                                        |                                                            |
|                            |                                       |                                   |                                                        |                                                            |                                       |                                   |                                                        |                                                            |
| Per 100 000                |                                       |                                   |                                                        | Per 100 000                                                |                                       |                                   |                                                        |                                                            |
| Dolnośląskie               | 4588                                  | 329,2                             | 160,6                                                  | 419,6                                                      | 3909                                  | 259,7                             | 97,9                                                   | 233,1                                                      |
| Kujawsko-pomorskie         | 3145                                  | 313,6                             | 160,9                                                  | 416,6                                                      | 2636                                  | 247,2                             | 98,8                                                   | 234,5                                                      |
| Lubelskie                  | 2822                                  | 276,8                             | 139,0                                                  | 350,4                                                      | 2163                                  | 199,5                             | 78,0                                                   | 179,0                                                      |
| Lubuskie                   | 1451                                  | 295,3                             | 153,7                                                  | 396,2                                                      | 1266                                  | 244,0                             | 97,7                                                   | 234,2                                                      |
| Łódzkie                    | 3540                                  | 303,4                             | 146,5                                                  | 365,4                                                      | 3329                                  | 259,7                             | 96,0                                                   | 219,1                                                      |
| Małopolskie                | 4497                                  | 271,4                             | 141,8                                                  | 367,0                                                      | 3694                                  | 210,3                             | 82,7                                                   | 205,3                                                      |
| Mazowieckie                | 7303                                  | 281,1                             | 142,6                                                  | 363,3                                                      | 6529                                  | 230,7                             | 90,3                                                   | 215,1                                                      |
| Opolskie                   | 1405                                  | 296,3                             | 140,4                                                  | 351,5                                                      | 1068                                  | 210,8                             | 80,9                                                   | 187,3                                                      |
| Podkarpackie               | 2508                                  | 240,9                             | 125,6                                                  | 323,8                                                      | 1922                                  | 177,2                             | 72,3                                                   | 172,2                                                      |
| Podlaskie                  | 1580                                  | 275,6                             | 136,8                                                  | 351,5                                                      | 1324                                  | 219,5                             | 82,6                                                   | 197,1                                                      |
| Pomorskie                  | 3200                                  | 280,1                             | 147,0                                                  | 383,8                                                      | 2517                                  | 209,0                             | 89,9                                                   | 211,6                                                      |
| Śląskie                    | 6840                                  | 314,9                             | 148,8                                                  | 373,4                                                      | 5861                                  | 250,9                             | 96,5                                                   | 223,9                                                      |
| Świętokrzyskie             | 1792                                  | 298,8                             | 141,6                                                  | 350,8                                                      | 1352                                  | 214,5                             | 84,3                                                   | 186,9                                                      |
| Warmińsko-mazurskie        | 1927                                  | 277,3                             | 150,8                                                  | 391,7                                                      | 1606                                  | 221,3                             | 93,8                                                   | 216,2                                                      |
| Wielkopolskie              | 5189                                  | 304,7                             | 165,0                                                  | 429,9                                                      | 4315                                  | 240,1                             | 100,6                                                  | 242,2                                                      |
| Zachodniopomorskie         | 2583                                  | 313,9                             | 156,3                                                  | 389,9                                                      | 2010                                  | 230,9                             | 90,8                                                   | 211,2                                                      |
| Polska/Poland              | 54370                                 | 293,1                             | 147,9                                                  | 377,7                                                      | 45501                                 | 229,8                             | 90,8                                                   | 213,9                                                      |

Rycina 5. Umieralność na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce w 2020 roku.  
Źródło: KRN

Według map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla woj. dolnośląskiego na poniższej rycinie zaprezentowano współczynnik DALY dla 10 najczęściej występujących problemów zdrowotnych dla województwa.

Nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc zajmują niezmiennie 3 miejsce w pierwszej dziesiątce problemów zdrowotnych dla populacji kobiet i mężczyzn od roku 1999.



Rycina 6. Ranking problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY dla populacji kobiet i mężczyzn, woj. dolnośląskie

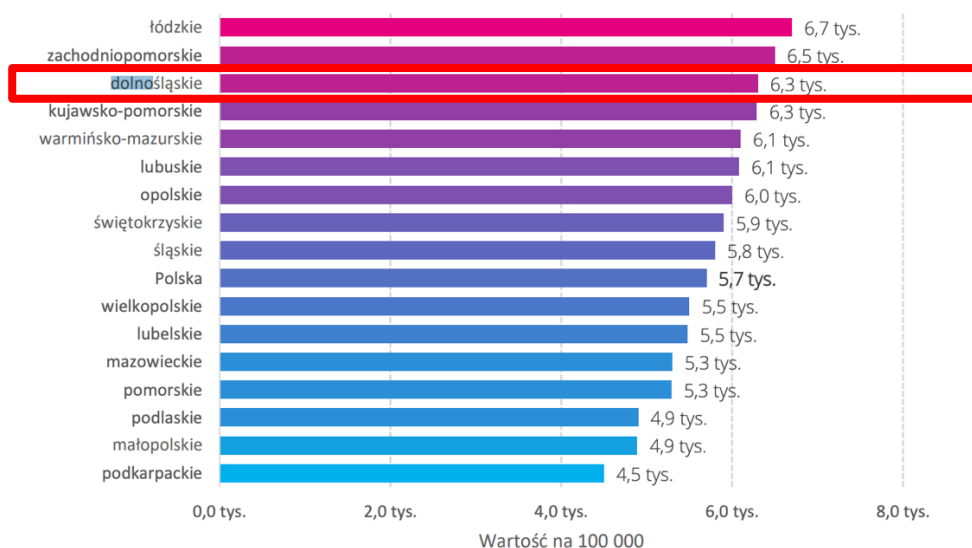
Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/>

Według danych przytoczonych w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie map potrzeb zdrowotnych na okres 2022-2026 rok (Dz.U. 2021 poz. 69) największej zgonów na 1 000 ludności w 2019 r. było w województwie łódzkim (12,5), a najmniej w pomorskim (9,6). Wartość tego wskaźnika powyżej średniej dla kraju osiągnęło 8 województw (dolnośląskie, lubelskie, lubuskie, łódzkie, opolskie, świętokrzyskie, śląskie, zachodniopomorskie).

Województwo dolnośląskie zajmuje 3 miejsce w Polsce pod względem utraty lat w zdrowiu, z powodu palenia tytoniu.



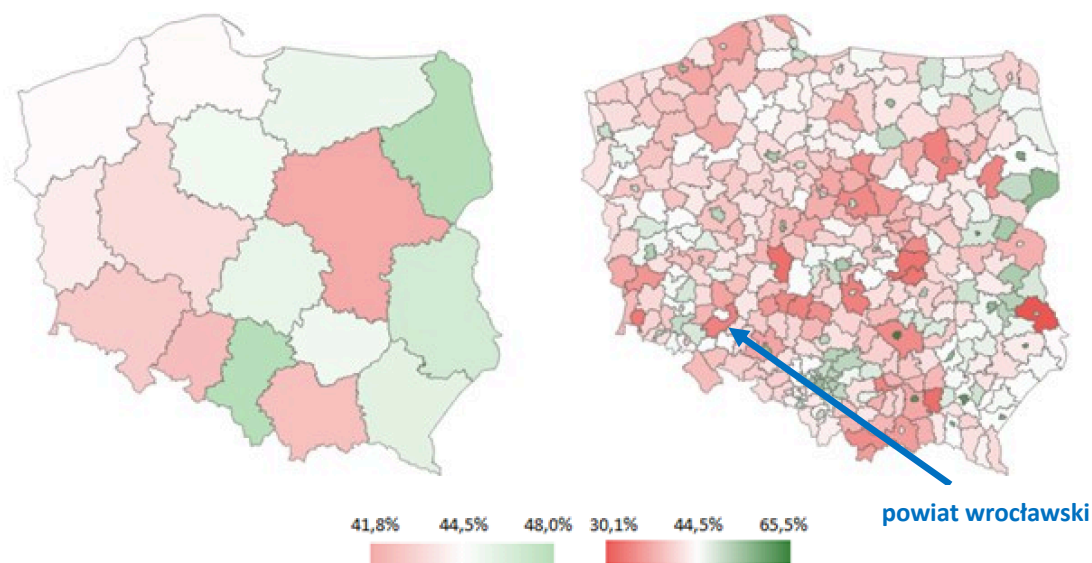
Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi  
dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025



Rycina 7. Wpływ palenia tytoniu na DALY w województwach (kobiety i mężczyźni łącznie) w 2019 r  
Źródło: [https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\\_MZ/2021/69/akt.pdf](https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf)

Najczęstsze problemy zdrowotne będące przyczyną kontaktu z AOS w latach 2015-2019 to choroby układu mięśniowo-szkieletowego (10,9% wszystkich porad), choroby narządów zmysłów (10,8%, w tym ślepota i upośledzenie wzroku – 7,3% wszystkich wizyt) oraz nowotwory (9,2%).

Mieszkańcy poszczególnych województw i powiatów nie korzystają z AOS w podobnym stopniu. Największy odsetek osób korzystających z AOS obserwuje się w województwie podlaskim i śląskim (odpowiednio 48% i 47,9%), najmniejszy w województwie mazowieckim (41,8%).



Rycina 8. Odsetek mieszkańców danego województwa lub powiatu, którzy skorzystali z AOS w 2019 r. (niezależnie od miejsca realizacji porady)

Źródło: [https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\\_MZ/2021/69/akt.pdf](https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf)



| Powiat           | Województwo   | % mieszkańców korzystających z AOS | Porad na 1 mieszkańca |
|------------------|---------------|------------------------------------|-----------------------|
| chełmski         | lubelskie     | 30,10%                             | 1,22                  |
| dębicki          | podkarpackie  | 32,20%                             | 1,34                  |
| kaliski          | wielkopolskie | 32,20%                             | 1,37                  |
| grójecki         | mazowieckie   | 32,70%                             | 1,22                  |
| białobrzeski     | mazowieckie   | 32,80%                             | 1,19                  |
| lubański         | dolnośląskie  | 33,20%                             | 1,2                   |
| ostrołęcki       | mazowieckie   | 33,70%                             | 1,28                  |
| piotrkowski      | łódzkie       | 33,80%                             | 1,3                   |
| wrocławski       | dolnośląskie  | 33,80%                             | 1,37                  |
| wieluński        | łódzkie       | 33,80%                             | 1,27                  |
| wysokomazowiecki | podlaskie     | 34,20%                             | 1,46                  |
| wieruszowski     | łódzkie       | 34,30%                             | 1,3                   |

Rycina 9. Powiaty z największą i najmniejszą liczbą pacjentów w przeliczeniu na liczbę ludności oraz liczba porad w 2019 r.

Źródło: [https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\\_MZ/2021/69/akt.pdf](https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf)

Choroby nowotworowe są i będą wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej dla województwa dolnośląskiego w najbliższych latach, analizowane i wykazane w dwóch rekomendowanych kierunkach działań (Tabele 1., 2.).

Tabela 1. Epidemiologia i prognoza demograficzna

| zakres                                    | LP.  | informacja/diagnoza                                                                                                                                                                                                                                                                                          | wyzwanie systemu opieki zdrowotnej                                                                                        | rekomendowane kierunki działań |
|-------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| epidemiologia i prognoza epidemiologiczna | 2.4. | Największą liczbę zgonów w województwie wśród chorób nowotworowych powodowały nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy oraz nowotwór złośliwy trzustki. Według prognoz, do 2028 r. wartości chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów znacznie wzrosną. | Wysoka śmiertelność powodowana nowotworami stanowi i będzie stanowić wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia w województwie. | nie dotyczy                    |

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/>

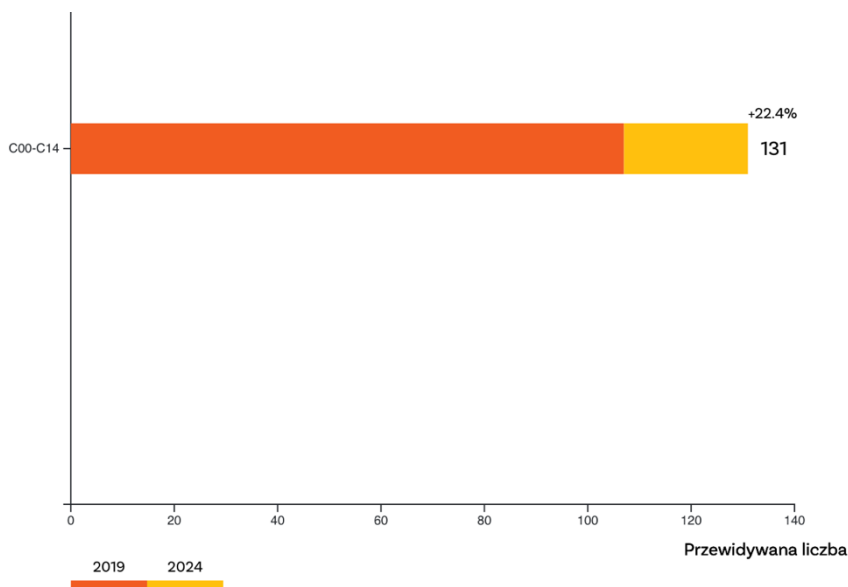
Tabela 2. Rehabilitacja medyczna

| zakres                 | LP.  | informacja/diagnoza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | wyzwanie systemu opieki zdrowotnej                                                                          | rekomendowane kierunki działań                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| rehabilitacja medyczna | 8.2. | Na terenie województwa brak jest wystarczającej dostępności do świadczeń ukierunkowanych na rehabilitację ponowotworową i pulmonologiczną. Ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej zakontraktowany jest tylko w regionie jeleniogórskim (obejmującym powiaty dawnego województwa jeleniogórskiego: jeleniogórski, zgorzelecki, lubański, bolesławiecki, lwówecki oraz m. Jelenia Góra), natomiast w pozostałych regionach (wrocławskim, wałbrzyskim, | Niewystarczająca liczba ośrodków leczenia otwartego świadczących usługi w zakresie rehabilitacji medycznej. | Optimalizacja miejsc rehabilitacyjnych we wczesnej i przewlekłej rehabilitacji szpitalnej (ponowotworowej i pulmonologicznej) oraz realizowanej w warunkach dziennych, ambulatoryjnych i domowych.<br><br>Zwiększenie nakładów finansowych na świadczenia rehabilitacyjne uznawane jako kontynuacja leczenia „ostrego”. |

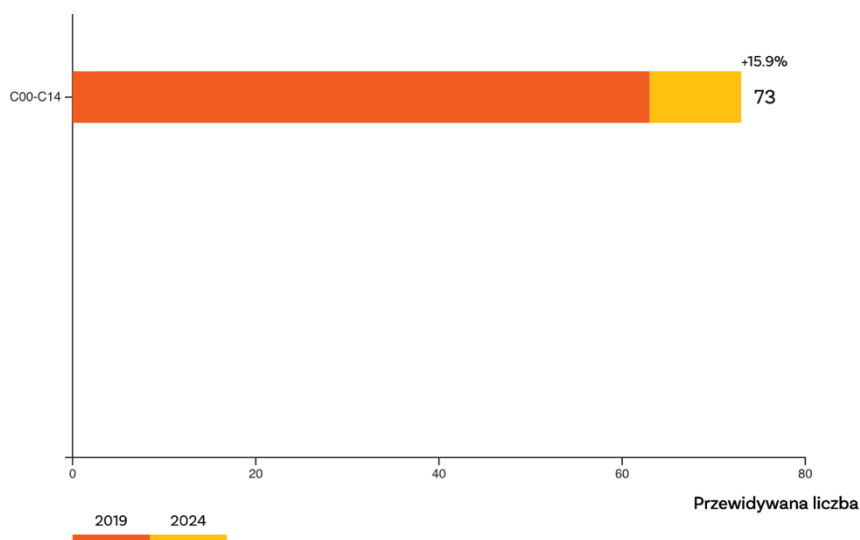
|  |  |                                                                                                                                              |  |  |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  |  | legnickim) występują białe plamy, a pod względem wskaźników dostępności w porównaniu do Polski województwo zajmuje jedno z ostatnich miejsc. |  |  |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/>

Według prognoz dla województwa dolnośląskiego KRN dla grupy nowotworów C00-C14 – wargi, jama ustna, gardło, zarówno w zakresie zachorowań jak i zgonów spodziewane są do roku 2024 wzrosty liczby przypadków, odpowiednio wzrost zachorowań o 22,4%, natomiast zgonów o 15,9%. – (ryciny 10 i 11)



Rycina 10. Zachorowania na nowotwory z grupy C00-C14 w latach 2019-2024, woj. dolnośląskie  
Źródło: <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>

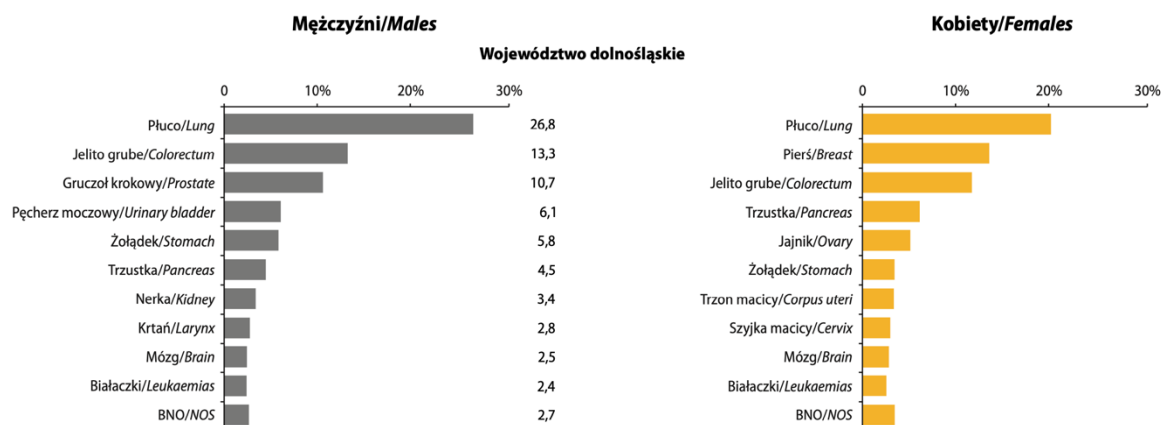


Rycina 11. Zgony na nowotwory z grupy C00-C14 w latach 2019-2024, woj. dolnośląskie

Źródło: <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>

Struktura zachorowań i zgonów za KRN na nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku w woj. dolnośląskim w podziale na kobiety i mężczyzn wskazana jest na poniższych rycinach (12 i 13).

Nowotwory krtani i mózgu znajdują się w pierwszej dziesiątce przyczyn zgonów wśród mężczyzn, natomiast nowotwory mózgu wśród kobiet.

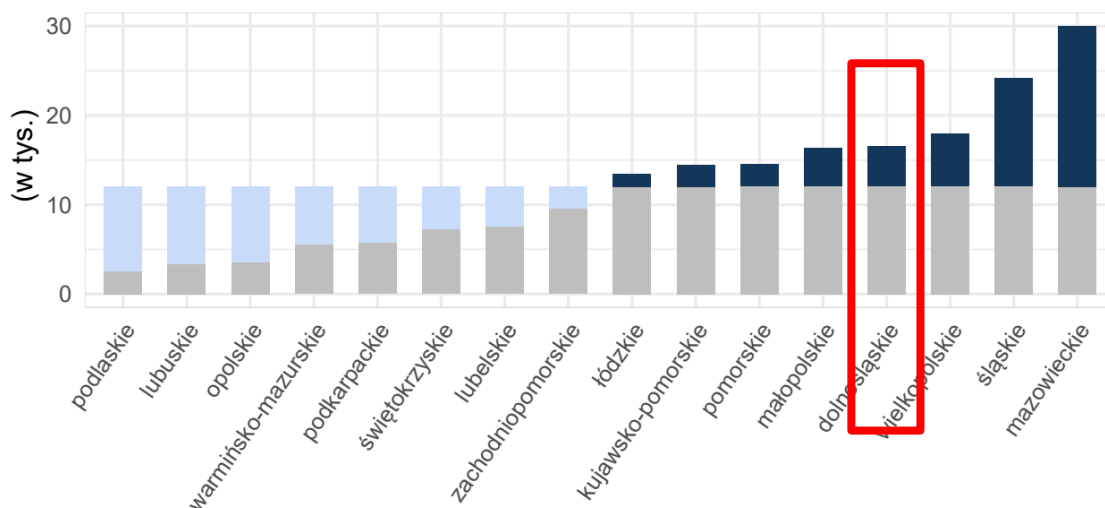


Rycina 12. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce, 2020 r., woj. dolnośląskie

Źródło: [https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2022-05/Nowotwory\\_2019.pdf](https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2022-05/Nowotwory_2019.pdf)

Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa dolnośląskiego wskazuje, iż województwo cechuje wyższa od średniej dla kraju liczba wydawanych kart DiLO – znajduje się ono na 4 miejscu w Polsce.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi  
dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025

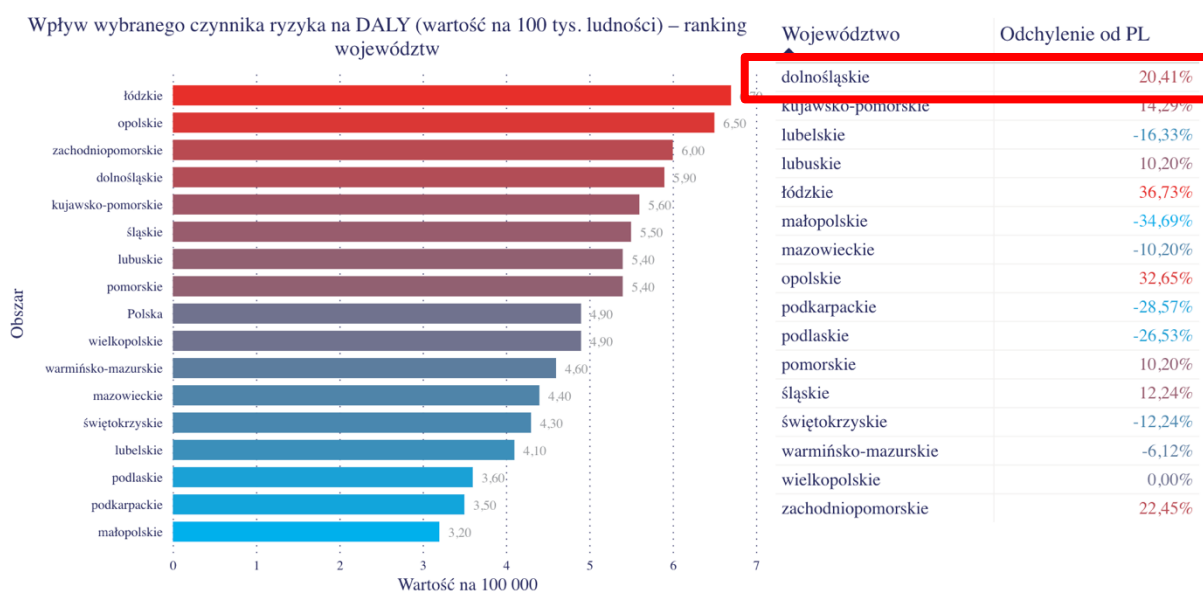


Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ

Rycina 13. Ilość wydanych kart DiLO w podziale według województw.

Źródło: [https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mpz\\_onkologia\\_dolnoslaskie.pdf](https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mpz_onkologia_dolnoslaskie.pdf)

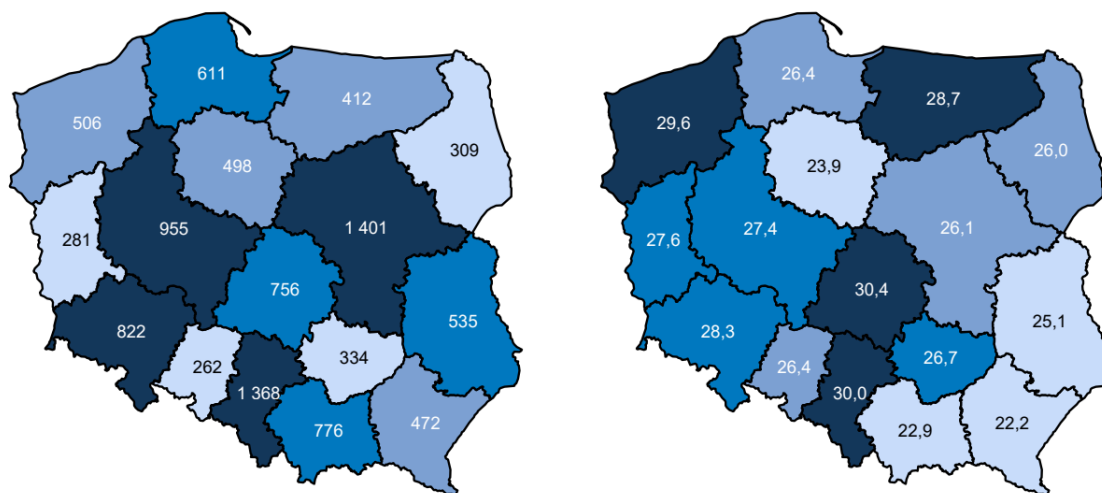
Analizując dane z map potrzeb zdrowotnych udostępnionych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych można zauważyć, że województwo dolnośląskie ma czwarte miejsce w Polsce pod względem współczynnika dotyczącego palenia tytoniu, jako czynnika ryzyka występowania nowotworów głowy i szyi – o ponad 1/5 wyższe niż średnia dla całego kraju.



Rycina 14. Ranking województw – czynnik ryzyka – tytoń

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/czynniki-ryzyka-i-profilaktyka/>

Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa dolnośląskiego prezentuje zapadalność rejestrowaną na choroby z grupy rozpoznaw „Głowa i szyja” w 2016 roku. Prawa mapa przedstawia liczbę bezwzględną pacjentów w ramach analizowanego typu chorobowości, a lewa mapa przedstawia wskaźnik w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

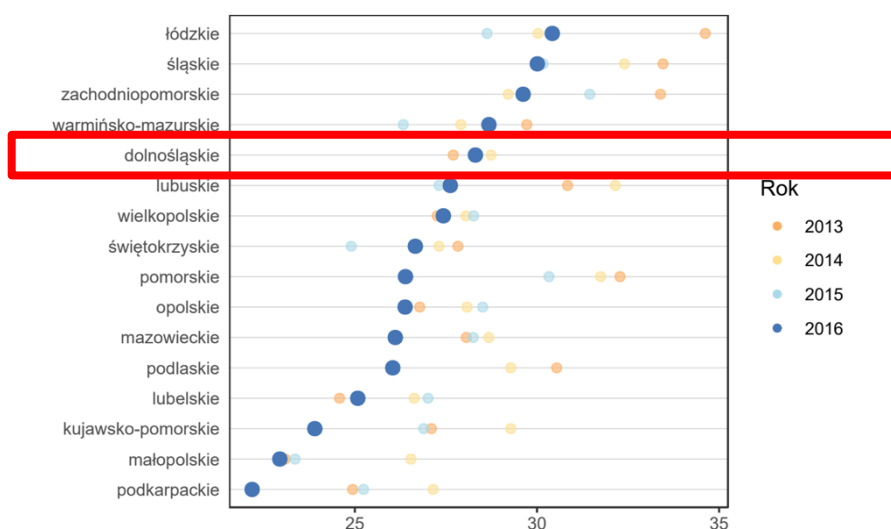


Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

Rycina 15. Wskaźnik zapadalności (wartości bezwzględne i na 100 tys. ludności) – głowa i szyja  
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa dolnośląskiego

Województwo dolnośląskie ma czwarty najwyższy współczynnik zapadalności na nowotwory z grupy „głowa i szyja” w kraju w liczbach bezwzględnych i piąty w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców.

Zapadalność rejestrowana na nowotwory z grupy „głowa i szyja” jest na czwartym miejscu spośród wszystkich województw:



Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ

Rycina 16. Zapadalność rejestrowana na 100 tys. ludności nowotwory „głowa i szyja”  
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa dolnośląskiego

Zapadalność rejestrowana na nowotwory z grupy „głowa i szyja” jest także wyższa w poszczególnych grupach wiekowych porównując dane do średniej krajowej – wyjątek stanowi populacja w wieku 0-4 lata, tu wskaźnik jest niższy o 0,5 pp. i w populacji 44-55 lat – 2,0 pp. od średniej wartości dla Polski.

| Woj.                | <18        | 18-44      | 44-54       | 54-64       | 65+         |
|---------------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>dolnośląskie</b> | <b>0,4</b> | <b>5,2</b> | <b>21,2</b> | <b>64,3</b> | <b>76,1</b> |
| kujawsko-pomorskie  | 0,8        | 3,0        | 19,2        | 59,4        | 67,4        |
| lubelskie           | 1,1        | 4,7        | 25,9        | 58,2        | 64,5        |
| lubuskie            | 1,1        | 4,1        | 24,5        | 68,1        | 75,5        |
| łódzkie             | 1,0        | 4,6        | 22,1        | 69,9        | 78,3        |
| małopolskie         | 0,3        | 3,4        | 22,9        | 58,5        | 65,5        |
| mazowieckie         | 0,9        | 4,2        | 22,7        | 59,5        | 75,0        |
| opolskie            | -          | 2,7        | 28,7        | 51,5        | 74,8        |
| podkarpackie        | 0,8        | 3,9        | 18,1        | 55,0        | 65,7        |
| podlaskie           | 0,5        | 4,0        | 19,3        | 67,0        | 70,5        |
| pomorskie           | 0,9        | 5,1        | 23,2        | 63,2        | 77,5        |
| śląskie             | 1,0        | 4,3        | 27,5        | 66,3        | 78,9        |
| świętokrzyskie      | 1,0        | 3,0        | 20,7        | 60,9        | 71,8        |
| warmińsko-mazurskie | 0,4        | 4,7        | 21,1        | 71,2        | 85,7        |
| wielkopolskie       | 1,5        | 3,8        | 26,3        | 62,7        | 84,6        |
| zachodniopomorskie  | 1,4        | 4,0        | 23,1        | 64,4        | 85,9        |
| <b>Polska</b>       | <b>0,9</b> | <b>4,1</b> | <b>23,2</b> | <b>62,5</b> | <b>75,1</b> |

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Rycina 17. Zapadalność rejestrowana w grupach wiekowych nowotwory „głowa i szyja”  
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa dolnośląskiego

### c. Obecne postępowanie

Diagnostyka w nowotworach głowy i szyi obejmuje badania, które są niezbędne do dokładnego określenia stopnia zaawansowania klinicznego.

Diagnostyka onkologiczna (Didkowska 2018) uwzględnia:

- wywiad;
- badanie lekarskie z oceną węzłów chłonnych szyjnych oraz nadobojczykowych;
- badanie laryngologiczne w tym endoskopowe (giętkim wziernikiem oglądanie krtani i okolic);
- biopsję podejrzanych zmian (nakłucie cienką igłą lub chirurgiczne pobranie wycinka);
- badanie obrazowe;
- ultrasonografię węzłów chłonnych szyi.

Rezonans magnetyczny ma największą wartość w ocenie nowotworów ślinianek, zatok przynosowych, części ustnej i nosowej oraz gardła i języka. Tomografia komputerowa jest analogicznym narzędziem diagnostycznym w przypadku innych lokalizacji. Pozytonowa tomografia emisyjna połączona z tomografią komputerową (PET/TK) coraz częściej używana w danej lokalizacji narządowej, cechuje się większą czułością i swoistością od klasycznej tomografii komputerowej (TK) (Szczeklik 2017).

Standardową ścieżką postępowania u chorych na nowotwory głowy i szyi we wczesnych stopniach zaawansowania klinicznego jest leczenie chirurgiczne lub radioterapia (RTH). Często stosuje się skojarzenie obu tych metod, zawsze w kolejności zabieg operacyjny – radioterapia. U chorych w stopniu zaawansowania I lub II odsetek trwałych wyleczeń (zależnie od lokalizacji) wynosi między 60 a 90%. W przypadku bardziej zaawansowanych (III lub IV: cT3–4 i/lub N1–3) z wyjątkiem części przypadków raka głośni, leczenie jest mniej skuteczne, odsetek niepowodzeń miejscowych wynosi >60% oraz występuje wyższe ryzyko przerzutów w narządach odległych (Krawecki 2011).

Promowanie abstynencji, ograniczenie lub rzucenie palenia tytoniu, który jest istotnym czynnikiem ryzyka powstania raka w odniesieniu do nowotworów układu oddechowego oraz górnego odcinka przewodu pokarmowego, stanowi podstawową strategię służącą ograniczeniu zachorowalności na najczęściej wstępujące raki płaskonabłonkowe narządów głowy i szyi. Równie istotnym czynnikiem jest wysokoprocentowy alkohol. Ograniczenie



spożywania alkoholu przekłada się na spadek zachorowalności na raka jamy ustnej, raki ustnej i krtaniowej części gardła. Niezwykle istotne jest propagowanie dbałości o higienę jamy ustnej (Didkowska 2018).

### **Ścieżka terapii onkologicznej w Polsce**

W Polsce do skorzystania z szybkiej ścieżki (terapii) onkologicznej uprawnia karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO). Karta ta wystawiana jest przez lekarza POZ, w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia nowotworu na podstawie zgłoszonych przez pacjenta objawów oraz zleconych badań w ramach diagnostyki podstawowej. W przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego, kartę DiLO może wystawić również lekarz specjalista w poradni lub szpitalu. Lekarze w gabinetach prywatnych nie posiadają prawa do wystawienia ww. karty. Z kartą DiLO pacjent zgłasza się do lekarza specjalisty.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – obejmuje:

- diagnostykę wstępną (potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu);
- diagnostykę pogłębioną (z określeniem typu nowotworu, jego stadium oraz umiejscowienia ewentualnych przerzutów);
- rozpoznanie nowotworu;
- skierowanie do leczenia.

Zgodnie z założeniami systemu, od wpisania pacjenta na listę oczekujących na konsultację specjalisty do postawienia diagnozy nie może minąć więcej niż 7 tygodni.

Następnym krokiem jest wybór miejsca leczenia. Decyzja należy do pacjenta, który od lekarza specjalisty dostaje skierowanie na tzw. konsylium. Konsylium tworzą lekarze określonych specjalizacji (m.in. onkolog, chirurg, radioterapeuta). W skład zespołu terapeutycznego mogą też wejść psycholog, pielęgniarka, inny pracownik medyczny. Konsylium ustala plan leczenia i wyznacza koordynatora, którego zadaniem jest nadzorowanie procesu leczenia. Czas od dnia zgłoszenia się pacjenta do szpitala, do rozpoczęcia leczenia nie powinien przekroczyć 2 tygodni. Po zakończeniu leczenia pacjent z pełną dokumentacją trafia – zależnie od stanu zdrowia – pod opiekę specjalisty lub lekarza POZ.

Wykaz placówek realizujących szybką terapię onkologiczną znajduje się na stronach internetowych oddziałów NFZ.

### **Świadczenia gwarantowane**

Świadczenia gwarantowane, udzielane w Polsce przez podmioty lecznicze, są określone

w aktach prawnych znajdujących się w niżej wymienionych obwieszczeniach (stan na 18.04.2023 rok):

- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540 z późn. zm.);
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.);
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2021 poz. 290 z późn. zm.).

Zgodnie z ww. dokumentami, sytuacja finansowania badań diagnostycznych w kierunku nowotworów głowy i szyi przedstawia się następująco:

**1. w ramach POZ możliwe jest wykonanie:**

- USG – tarczycy i przytarczyc (88.713), ślinianek (88.717), węzłów chłonnych (88.790).

**2. AOS gwarantuje możliwość wykonania następujących badań diagnostycznych:**

- USG – tarczycy i przytarczyc (88.713), naczyń szyi – Doppler (88.714), ślinianek (88.717), krtani (88.719), węzłów chłonnych (88.790),
- badań endoskopowych – laryngoskopia i inne wziernikowanie tchawicy (31.42),
- TK – głowy bez wzmocnienia kontrastowego (87.030), głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (87.031), głowy ze wzmocnieniem kontrastowym (87.049), szyi bez wzmocnienia kontrastowego (87.036), szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (87.037), głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (87.032), szyi bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (87.038), tętnic głowy i szyi (87.033),
- RM – głowy bez wzmocnienia kontrastowego (88.900), głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (88.901) szyi bez wzmocnienia kontrastowego (88.973), szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (88.975).

**Ponadto AOS obejmuje następujące zabiegi:**

- w zakresie narządu wzroku – biopsja woreczka łzowego (09.12), biopsja spojówki (10.21), biopsja gruczołu łzowego (09.11), biopsja powieki (08.11),
- w zakresie jamy ustnej, gardła i krtani – biopsja kości podniebienia (27.21), biopsja dziąsła (24.11), biopsja wyrostka zębodołowego (24.12), zamknięta (igłowa) biopsja języka (25.01), biopsja igłowa ślinianki/przewodu (26.11), biopsja podniebienia miękkiego/języczka (27.22), biopsja wargi (27.23), biopsja jamy ustnej – inne (27.24), biopsja migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego (28.11), biopsja gardła (29.12), biopsja kości twarzy (76.11),
- w zakresie narządu słuchu – biopsja ucha zewnętrznego (18.12), biopsja ucha środkowego i wewnętrznego (20.32),
- w zakresie nosa – zamknięta igłowa biopsja zatoki nosa (22.11), biopsja nosa (21.22), endoskopia zatok nosa bez biopsji (22.191),
- w zakresie przewodu pokarmowego – biopsja ssąca przełyku (42.243),
- w zakresie skóry i gruczołów – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (06.111), biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana (06.112), biopsja gruboigłowa tarczycy (06.113), biopsja gruboigłowa tarczycy – celowana (06.114),
- w zakresie układu limfatycznego – biopsja układu limfatycznego (40.11).

Dodatkowo w zakresie wirusologii AOS gwarantuje badania diagnostyczne w kierunku wykrywania wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) HPV-DNA (F38), jednak wykonuje się je tylko w przypadku uzyskania określonych wyników z badania cytologicznego wymazu z szyjki macicy oraz w celu monitorowania stanu pacjentek po leczeniu raka szyjki macicy.

Ponadto, rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, nakłada na świadczeniodawców, którzy realizują diagnostykę i leczenie onkologiczne na podstawie kart DiLO, obowiązek zapewnienia dostępu do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, TK, RM, PET, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych.

**3. W ramach leczenia szpitalnego gwarantuje się finansowanie następujących procedur w obrębie głowy i szyi:**

biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (06.111), biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana (06.112), biopsja gruboigłowa tarczycy (06.113), biopsja gruboigłowa tarczycy –

celowana (06.114), otwarta biopsja tarczycy (06.12), biopsja przytarczyc (06.13), biopsja powieki (08.11), biopsja gruczołu łzowego (09.11), biopsja woreczka łzowego (09.12), biopsja spojówki (10.21), biopsja rogówkowa (11.22), biopsja tęczówki (12.22), biopsja gałki ocznej i oczodołu (16.23), biopsja ucha zewnętrznego (18.12), biopsja ucha środkowego i wewnętrznego (20.32), biopsja nosa (21.22), zamknięta igłowa biopsja zatoki nosa (22.11), otwarta biopsja zatoki nosa (22.18), endoskopowa biopsja zatoki nosa (22.12), biopsja dziąsła (24.11), biopsja wyrostka zębodołowego (24.12), zamknięta (igłowa) biopsja języka (25.01), otwarta biopsja języka (25.02), biopsja igłowa ślinianki/ przewodu (26.11), otwarta biopsja ślinianki/ przewodu (26.12), biopsja kości podniebienia (27.21), biopsja podniebienia miękkiego/ języczka (27.22), biopsja wargi (27.23), biopsja jamy ustnej – inne (27.24), biopsja migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego (28.11), biopsja gardła (29.12), endoskopowa biopsja krtani (31.43), endoskopowa biopsja tchawicy (31.44), otwarta biopsja krtani lub tchawicy (31.45), biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych) (40.10), biopsja układu limfatycznego (40.11), biopsja ssąca przełyku (42.243), otwarta biopsja przełyku (42.25), ezofagoscopia przez przetokę (42.22), ezofagoscopia – inna (42.23), ezofagoscopia z biopsją (42.242), biopsja kości twarzy (76.11).

### **Kampanie edukacyjne**

Kampania *Make Sense*, prowadzona przez European Head and Neck Society (EHNS), ma na celu podniesienie świadomości na temat nowotworów głowy i szyi, długofalowo poprawiając wyniki leczenia poprzez: edukację, zwracanie uwagi na wczesne objawy choroby i skierowanie na multidyscyplinarne leczenie. W Polsce kampania ta prowadzona jest przez Polskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi, organizację naukową, skupiającą specjalistów z wielu dziedzin medycyny prowadzących opiekę nad chorymi z nowotworami głowy i szyi. W ramach kampanii profilaktyczno-informacyjno-edukacyjnej *Make Sense* w dniach 21-25 września odbywa się Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi pod hasłem „*Rak głowy i szyi nie czeka! Zgłoś się do specjalisty!*”. W ramach tej kampanii społecznej w Wielkopolskim Centrum Onkologii prowadzone są bezpłatne badania i działania edukacyjne, mające na celu zwiększyć świadomość opinii publicznej na temat zagrożeń wynikających z nowych zachorowań na nowotwory głowy i szyi oraz spotkania z decydentami mającymi wpływ na ochronę zdrowia.

## **Ogólnopolski Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi**

W ramach EFS POWER Ministerstwo Zdrowia realizuje „Ogólnopolski Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi”, który realizowany jest przez 11 ośrodków leczniczych w całej Polsce. Program ten w swoich założeniach obejmuje edukację personelu medycznego, edukację pacjentów oraz przeprowadzanie badań przesiewowych. Koszt całego programu wynosi 20 421 153 PLN.

### **Wnioski z odnalezionych rekomendacji**

Działaniami profilaktycznymi z zakresu nowotworów głowy i szyi należy objąć populację wysokiego ryzyka, w tym osoby nadużywające tytoniu oraz alkoholu. Należy mieć także na uwadze osoby zagrożone zakażeniem wirusem HPV oraz osoby wykonujące zawody, w których występuje ekspozycja na substancje szkodliwe bądź pyły zawiesinowe powstające na skutek wykonywania czynności zawodowych (ASCO 2020, ACS 2020, ASCO 2019, UKNMG 2016, EHNCS 2016, NCERG 2015, AIHW 2014, USPSTF 2013).

W większości rekomendacji wskazuje się na potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka, skutków zdrowotnych oraz dostępnych metod leczenia nowotworów głowy i szyi (ASCO 2020, ACS 2020, ASCO 2020, ASCO 2017, EHNCS 2016, NICE 2016, UKNMG 2016, NCERG 2015, AIHW 2014, NZG 2013, USPSTF 2013, GoSA 2013). Dodatkowo szkoleniami należy objąć personel medyczny i zaznajomić go z rekomendowanymi metodami diagnostyki, leczenia i profilaktyki nowotworów głowy i szyi (ASCO 2017, EHNCS 2016, NZG 2013, GoSA 2013).

Dostępne rekomendacje w omawianym zakresie skupiają się obecnie bardziej na prowadzeniu pogłębionej diagnostyki, leczeniu oraz badaniach przesiewowych ukierunkowanych na określone nowotwory. Nie istnieją obecnie żadne skuteczne i efektywne kosztowo narzędzia pozwalające przeprowadzić przesiew w kierunku nowotworów głowy i szyi w populacji ogólnej (AAMOS 2020, ASCO 2019, NZG 2013, PTOK, 2014, USPSTF 2013).

W ramach działań profilaktycznych nakierowanych na nowotwory głowy i szyi należy przeprowadzić wywiad połączony z wizualną i dotykową oceną widocznych zmian. Podczas wywiadu należy także poruszyć kwestię obecnych u pacjenta czynników ryzyka, przypadków

nowotworów głowy i szyi w rodzinie oraz innych zachowań determinujących podwyższenie ryzyka wystąpienia omawianej grupy nowotworów (AAMOS 2020, ASCO 2020, ASCO 2019, NCCN 2017).

W ramach rekomendacji wskazuje się na zasadność prowadzenia działań z zakresu diagnostyki i pogłębionej diagnostyki nacelowanej na nowotworowy głowy i szyi. O potrzebie realizacji działań z tego zakresu powinien decydować lekarz, z którym pacjent powinien mieć zapewniony stały kontakt (AAMOS 2020, ASCO 2019, NICE 2016, PTOK 2014, NZG 2013).

Eksperci kliniczni potwierdzają zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w kierunku nowotworów głowy i szyi.

Podkreślają także, że programy polityki zwrotnej realizowane przez JST w ww. zakresie powinny skupiać się w głównej mierze na edukacji. Eksperci są zgodni, że nowotworowy głowy i szyi wymagają działań profilaktycznych ze względu na etiologię, trudności w wykryciu oraz epidemiologię określonych nowotworów.

Obecnie w ramach świadczeń gwarantowanych realizowane są świadczenia jedynie z zakresu leczenia i diagnostyki nowotworów głowy i szyi. Działania profilaktyczne nie są w nich uwzględniane.

Dodatkowo na terenie kraju realizowana jest także jedna kampania społeczna obejmująca edukację na temat nowotworów głowy i szyi.

## 2. Cele programu i mierniki efektywności

### a. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu nowotworów głowy i szyi, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 30% uczestników programu rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej powiat wrocławski, w latach 2023–2025.

### b. Cele szczegółowe

- Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 50% personelu medycznego udzielających świadczeń na terenie powiatu wrocławskiego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów głowy i szyi w latach 2023–2025.
- Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 30% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz profilaktyki wtórnej nowotworów głowy i szyi, rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej powiat wrocławski, w latach 2023–2025.
- Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 30% osób rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej powiat wrocławski we włączonych do programu zakładach pracy w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz profilaktyki wtórnej nowotworów głowy i szyi, ze szczególnym uwzględnieniem czynników środowiskowych, w latach 2023–2025.
- Zwiększenie liczby wcześnie wykrywanych nowotworów głowy i szyi w populacji kwalifikującej się do programu, rekrutującej się z populacji docelowej zamieszkującej powiat wrocławski, w latach 2023–2025.

### c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.

- Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
- Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
- Odsetek osób we włączonych do programu zakładach pracy, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
- Liczba osób, u których stwierdzono wysokie prawdopodobieństwo obecności nowotworu głowy i szyi i które zostały skierowane na pogłębioną diagnostykę w okresie trwania programu w odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w PPZ oraz w odniesieniu do lat poprzednich.
- Liczba osób, u których stwierdzono nowotwory głowy i szyi w okresie trwania programu w odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w PPZ oraz w odniesieniu do lat poprzednich.

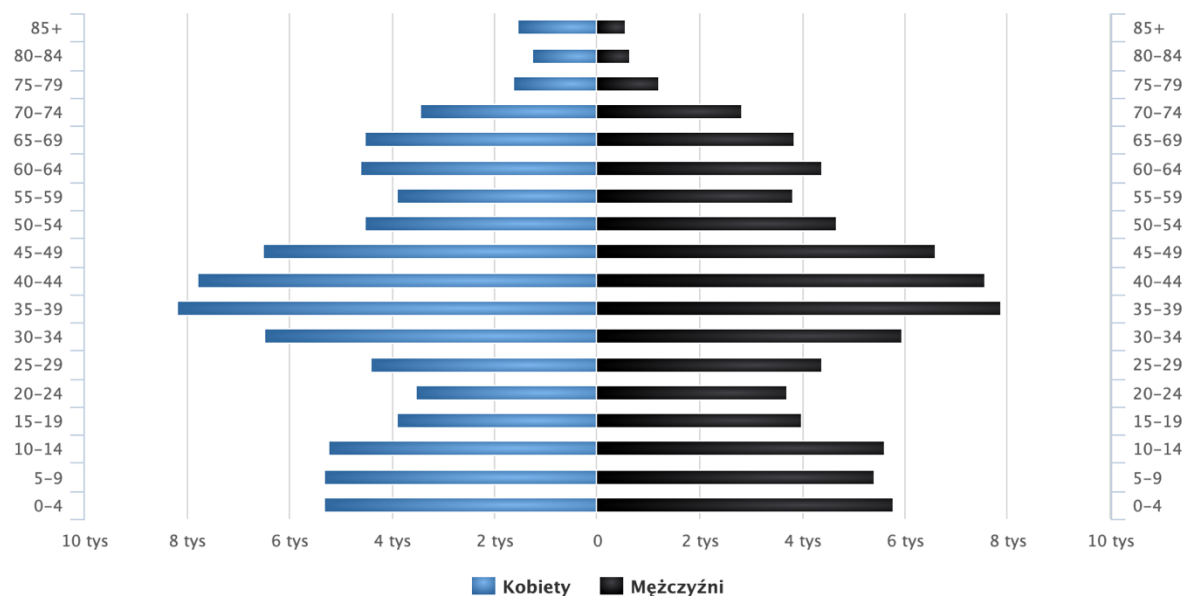
Wartości wskaźników określone będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.



### 3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

#### a. Populacja docelowa

Powiat wrocławski według danych GUS (stan na 30.06.2022 rok) liczy 181 078 mieszkańców, z czego 92 199 stanowią kobiety (50,9%), a 88 879 mężczyźni (49,1%). W latach 2002-2021 liczba mieszkańców wzrosła o 66,2%.



Rycina 18. Piramida wieku mieszkańców powiatu wrocławskiego, 2021 rok

Źródło: GUS

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców powiatu wrocławskiego od 40 do 65 r.ż. z populacji wysokiego ryzyka wystąpienia chorób zaliczanych do grupy nowotworów głowy i szyi, spełniające kryteria włączenia i wyłączenia opisane w dalszej części programu.

Populacja docelowa szczegółowo składa się z poniższych grup przypisanych do konkretnych rodzajów interwencji zaplanowanych w programie:

#### a) szkolenia dla personelu medycznego

dedykowane są personelowi medycznemu, udzielającemu świadczeń na terenie powiatu wrocławskiego, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności: osobami realizującymi działania informacyjno- edukacyjne oraz lekarzom przeprowadzającym wizyty diagnostyczno-terapeutyczne.

**b) szkolenia w zakładach pracy**

uczestnikami będą pracodawcy i pracownicy zakładów pracy, zamieszkujący obszar powiatu wrocławskiego, w których występują szkodliwe substancje (np. nikiel, chrom), pyły lub inne czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory głowy lub szyi.

**c) działania informacyjno-edukacyjne i lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna**

objęte tym typem interwencji będą osoby zamieszkujące obszar powiatu w wieku 40-65 lat znajdujące się w grupie ryzyka, czyli występuje u nich co najmniej jeden z czynników:

- są wieloletnimi palaczami;
- nadużywają alkoholu;
- mają podwyższone ryzyko zakażenia HPV;
- przez ponad 3 tygodnie występuje u nich jeden z objawów nie związany z infekcją górnych dróg oddechowych.

**d) pogłębiona diagnostyka**

kierowana będzie do osób zamieszkujących obszar powiatu, u których lekarz w czasie realizowanej w ramach PPZ wizyty diagnostyczno-terapeutycznej stwierdził konieczność przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki pod kątem obecności nowotworu głowy lub szyi.

Na podstawie danych GUS na dzień 31 grudnia 2021 roku populacja w wieku 40-65 lat liczy 54 321 osób. W kolejnych latach będą włączane do niej osoby spełniające kryterium wieku, co daje całkowitą populację docelową programu w liczbie około 70 399 osób.

Tabela 3. Docelowa populacja całościowa programu.

| Grupa wiekowa | Populacja kobiet | Populacja mężczyzn | Populacja całościowa grupy wiekowej |
|---------------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| 60-64         | 4 597            | 4 370              | 8 967                               |
| 55-59         | 3 895            | 3 819              | 7 714                               |
| 50-54         | 4 526            | 4 670              | 9 196                               |
| 45-49         | 6 510            | 6 587              | 13 097                              |
| 40-44         | 7 791            | 7 556              | 15 347                              |
| 35-39         | 8 195            | 7 883              | 16 078                              |
| <b>Razem</b>  | <b>35 514</b>    | <b>34 885</b>      | <b>70 399</b>                       |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL:  
[https://www.polskawliczbach.pl/powiat\\_wroclawski](https://www.polskawliczbach.pl/powiat_wroclawski)

Adresatami programu będą w każdym roku realizacji programu osoby spełniające kryterium wieku, zamieszkujący na terenie powiatu wrocławskiego.

Szczegółowe kryteria włączenia i wykluczenia z poszczególnych części działań zaplanowanych w programie wskazano poniżej.

#### **b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu**

**Kryteria ogólne włączenia** do programu dla populacji:

- wiek powyżej 40 roku życia i nie więcej niż 65 lat, potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;
- podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w działaniach profilaktycznych; podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
- profilaktyka nowotworów głowy i szyi będzie prowadzona wśród osób zamieszkujących na terenie powiatu wrocławskiego (za okazaniem stosownego zaświadczenia lub poświadczenia zameldowania).
- oświadczenie uczestnika, że w ciągu ostatnich 2 lat nie uczestniczył w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie.

**Kryteria medyczne włączenia** do programu to:

Osoby w wieku 40-65 lat, które w formularzu zgłoszeniowym zadeklarują obecność co najmniej jednego z czynników wysokiego ryzyka wystąpienia nowotworu głowy i szyi, szczegółowo opisane w kryteriach wizyty diagnostyczno-terapeutycznej, wskazane poniżej.

**Kryteria wyłączenia** z programu:

- zdiagnozowany nowotwór głowy lub szyi przed przystąpieniem do programu;
- pozostawanie pod opieką poradni/specjalisty w dziedzinie onkologii;
- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak udokumentowania miejsca zamieszkania na terenie powiatu wrocławskiego;
- brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;
- skorzystanie w ciągu ostatnich 2 lat w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie;
- wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

## **Kryteria szczegółowe dla poszczególnych etapów programu**

### **Szkolenia dla personelu medycznego**

a) kryteria włączenia:

- personel medyczny, udzielający świadczeń na terenie powiatu wrocławskiego, zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt z uczestnikami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej

b) kryteria wyłączenia:

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

### **Szkolenia w zakładach pracy**

a) kryteria włączenia:

- pracodawcy i pracownicy zamieszkujące obszar powiatu, ze zgłoszonych do programów zakładów pracy, w których występuje ekspozycja na substancje szkodliwe bądź pyły zawiesinowe powstające na skutek wykonywanych czynności zawodowych

b) kryteria wyłączenia:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat

### **Działania informacyjno-edukacyjne**

a) kryteria włączenia:

- Kryteria włączenia takie jak dla wizyty diagnostyczno-terapeutycznej wskazane poniżej.

b) kryteria wyłączenia:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat

### **Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna**

a) kryteria włączenia:

Osoby zamieszkujące obszar powiatu, w wieku 40-65 lat, które w formularzu zgłoszeniowym zadeklarują obecność co najmniej jednego z czynników wysokiego ryzyka wystąpienia nowotworu głowy i szyi, tj.:

1. wieloletnie palenie;
  2. nadużywanie alkoholu;
  3. wysokie zagrożenie zakażeniem HPV;
  4. aktywność zawodowa związana z ekspozycją na szkodliwe substancje lub pyły zawiesinowe;
  5. występowanie przez  $\geq 3$  tygodnie objawów niezwiązanych z infekcją górnych dróg oddechowych takich jak np.:
    - a. pieczenie języka,
    - b. niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej,
    - c. ból gardła,
    - d. przewlekła chrypka,
    - e. guz na szyi,
    - f. niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa,
    - g. ból w trakcie lub problemy z połykaniem.
- b) kryteria wyłączenia:
- zdiagnozowany nowotwór głowy lub szyi przed przystąpieniem do programu i pozostawanie pod opieką poradni/specjalisty w dziedzinie onkologii;

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował realizator w ofercie. Programem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach od 2023 do końca 2025 roku.

### c. Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań profilaktycznych w ramach programu, w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi.

## **1. Kampania promocyjna**

Rozpropagowanie informacji na temat programu profilaktyki występowania nowotworów głowy i szyi - na przykład strona internetowa starostwa powiatowego, informacja w lokalnych mediach oraz w placówkach medycznych realizujących program.

Priorytetem w ramach niniejszego punktu jest dotarcie do możliwie jak największego odsetka potencjalnych uczestników spełniających kryteria włączenia do programu. Zapewni to wysoką frekwencję i pozwoli na osiągnięcie założonych celów. Narzędziem pozwalającym je spełnić będzie kampania informacyjno-edukacyjna, nakłaniająca do aktywnego uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej.

Ze względów praktycznych akcja promocyjna zostanie skierowana przede wszystkim do osób dorosłych. Mieszkańcy powiatu będą informowani o zaplanowanych działaniach, za pośrednictwem np. lokalnych mediów, stron internetowych JST oraz poszczególnych placówek medycznych, plakatów i ulotek informacyjnych. Dodatkowo szczegółowe informacje organizacyjne mogą zostać przekazane mieszkańcom w trakcie wszelkich spotkań publicznych z udziałem władz powiatowych/gminnych. Mieszkańcy uzyskają kompleksowe dane organizacyjne i materiały dotyczące programu, a także informacje o planowanych działaniach.

## **2. Rekrutacja uczestników**

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, oświadczenie odnośnie do wieku i zamieszkania zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje wykluczeń z programu.

## **3. Kwalifikacja do działań w ramach programu**

Kwalifikację do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora, kwalifikację pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz lub pielęgniarka. Po zakwalifikowaniu uczestnika do programu, zostaną wykonane interwencje, zaplanowane w ramach programu.

## **4. Szkolenia dla personelu medycznego**

W ramach PPZ realizowane są szkolenia dla personelu medycznego (minimum 1 na rok). Tematyka szkolenia może być opcjonalnie realizowana w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb może dokonać Rada ds. Programu (opis Rady przedstawiono w rozdziale „Organizacja PPZ”).

Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

Dostęp do szkoleń będzie nieograniczony dla wszystkich osób udzielających świadczeń medycznych na terenie powiatu wrocławskiego. W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z czynnikami ryzyka nowotworów głowy i szyi. Ponadto szkolenie powinno poruszać tematykę zalecanych przez rekomendacje rozwiązań ukierunkowanych na rozpoznawanie i określanie stopnia nowotworu. Należy przeszkolić lekarzy realizujących wizyty diagnostyczno-terapeutyczne na temat potrzeby skierowania pacjentów na szczegółowe badania w przypadku obecności objawów związanych z nowotworami głowy i szyi.

W trakcie szkolenia należy wielokrotnie podkreślać potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na zapobieganie występowania czynników ryzyka nowotworów głowy i szyi oraz zachęcić personel medyczny do informowania o tym pacjentów. W trakcie szkoleń należy zapoznać personel z zasadami komunikacji z osobami w grupie ryzyka wystąpienia nowotworów głowy i szyi. Należy również podkreślić istotę doradzania rzucenia palenia każdemu pacjentowi, w szczególności osobom z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nowotworów głowy i szyi.

W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez rekomendacje rozwiązaniami ukierunkowanymi na zapobieganie wystąpienia nowotworów głowy i szyi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Należy przeszkolić specjalistów na temat potrzeby skierowania pacjentów na szczegółowe badania w przypadku obecności objawów związanych z ryzykiem wystąpienia nowotworów głowy i szyi przy uwzględnieniu obecnie dostępnych środków.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

## **5. Szkolenia w zakładach pracy**

Działaniami edukacyjnymi powinni być objęci pracodawcy i pracownicy zamieszkujący na terenie powiatu wrocławskiego, z zakładów pracy, w których zidentyfikowano obecność substancji i pyłów zwiększających ryzyko wystąpienia nowotworów głowy i szyi. Dotyczy to w szczególności np. przetwórstwa tekstylnego, drzewnego oraz metalurgicznego, w którym przeprowadzana jest obróbka chromu i miedzi.

W ramach PPZ realizowane są szkolenia (minimum 1 na rok) w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami.

Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu w zakładach pracy, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

Szkolenia powinny realizować określoną tematykę związaną z nowotworami głowy i szyi:

- informacja na temat niebezpieczeństwa związanego z ekspozycją na pyły zawieszinowe powstające podczas realizacji czynności zawodowych;
- czynniki ryzyka wystąpienia nowotworów głowy i szyi;
- edukacja na temat konieczności stosowania się do zasad bezpieczeństwa i higieny w miejscu pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stosowania środków ochronnych układu oddechowego;
- informacja na temat dostępności do programów zdrowotnych nakierowanych na profilaktykę nowotworów głowy i szyi.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniu jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

Dobór tematów i metod prowadzenia szkolenia powinny być każdorazowo dostosowane do profilu wykonywanej w zakładzie pracy.

## **6. Działania informacyjno-edukacyjne**

Będą adresowane do całej dorosłej populacji zamieszkującej powiat wrocławski w wieku 40-65 lat.

Środki przekazu są dobrane do warunków lokalnych oraz grupy docelowej, np.: ulotki, plakaty, ogłoszenia prasowe, komunikaty radiowe, strona internetowa, mobilna aplikacja. Drukowane formy przekazu powinny być rozmieszczane w miejscach widocznych i dostępnych dla odbiorców przekazu, np. w poradniach POZ.

Należy rozpocząć edukację społeczeństwa i promocje programu przy użyciu mediów społecznościowych i innych dostępnych środków masowego przekazu.

Przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych nakierowanych choroby nowotworowe głowy i szyi jest opcjonalnym elementem prowadzonych działań edukacyjnych.

Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim. Informacje nt. programu oraz skutków



zdrowotnych omawianego problemu zdrowotnego powinny być przekazywane w ramach udzielania świadczeń POZ oraz innych wizyt lekarskich.

Działania informacyjno-edukacyjne mieć charakter około 45-60 minutowych prelekcji, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne. Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności realizator zapewnił realizację wykładów również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Zaleca się rozpoczęcie kampanii edukacyjno-informacyjnej nakierowanej na podniesienie poziomu wiedzy w populacji docelowej na temat głównych czynników zwiększających ryzyko występowania nowotworów głowy, takich jak: palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, infekcja HPV, płeć męska, wiek powyżej 55 lat, promieniowanie UV, niezdrowe odżywianie, osłabienie układu odpornościowego. Szczególna uwaga powinna zostać poświęcona czynnikom modyfikowalnym.

Zaleca się, aby informować świadczeniobiorców o objawach nowotworów głowy i szyi, które będą wskazywały na konieczność udania się do lekarza.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich).

Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.:

- materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi”.

Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.

Wykłady będą dostosowane do potrzeb i charakterystyki populacji docelowej, tak aby uzyskać widoczne efekty zdrowotne. Edukacja powinna następować co najmniej dwa razy w roku.

Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Edukacja może być realizowana na bazie szeroko zakrojonych przedsięwzięć (np. kampanii medialnych, pikników, pogadek edukacyjnych, warsztatów, poradnictwa/szkoleń, wydarzeń rekreacyjno-sportowych) lub przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi zdalnego przekazu dla kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Informacje na temat korzyści wynikających z prowadzenia zdrowego stylu życia mogą zostać rozpropagowane w lokalnych instytucjach (m.in. w: przychodniach, kościołach, domach kultury, ośrodkach pomocy społecznej, zakładach pracy).

## **7. Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna**

Podczas wizyty diagnostycznej zostanie przeprowadzony wywiad w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka nowotworów głowy i szyi.

W ramach wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony co najmniej:

- wywiad pod kątem identyfikacji obecności u pacjenta czynników ryzyka, przypadków nowotworów głowy i szyi w rodzinie oraz zachowań determinujących podwyższenie ryzyka wystąpienia omawianej grupy nowotworów (AAMOS 2020, ASCO 2020, ASCO 2019, NCCN 2017);
- wywiad pod kątem oceny czasu trwania i przebiegu objawów;
- ustalenie historii użycia tytoniu i odnotowanie jej w dokumentacji medycznej (w paczkolatach);
- ustalenie przeciętnego dziennego poziomu spożycia alkoholu i odnotowanie go w dokumentacji medycznej (w standardowych jednostkach alkoholu na dobę, SJA/doba; 1 SJA to 10 g lub 12,5 ml czystego etanolu);
- wizualna i dotykowa (palpacyjna) ocena widocznych zmian;
- wizualna i dotykowa (palpacyjna) ocena węzłów chłonnych;

- badanie laryngologiczne: należy uwzględnić oprócz typowego zakresu, szczegółową ocenę objawów związanych z zajęciem nerwów czaszkowych oraz stanu jamy ustnej i szyi.

W oparciu o wyniki wizyty kwalifikacyjnej lekarz podejmuje decyzję o dalszym postępowaniu:

- w przypadku stwierdzenia u pacjenta wysokiego prawdopodobieństwa obecności nowotworu głowy i szyi kieruje pacjenta na realizowaną w ramach programu pogłębioną diagnostykę;
- świadczeniobiorcy, u których wykluczona zostanie przynależność do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nowotworów głowy i szyi, nie zostaną skierowani na pogłębioną diagnostykę.

Nie wpływa to na możliwość skorzystania z działań informacyjno-edukacyjnych.

Każdy świadczeniobiorca otrzymuje informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumentu należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy.

Dodatkowo każdy świadczeniobiorca otrzymuje informację od realizatora programu dla lekarza POZ. Świadczeniobiorca może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia poza PPZ dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

### **8. Pogłębiona diagnostyka**

Na badania dodatkowe w ramach programu kieruje lekarz przeprowadzający wizytę diagnostyczno-terapeutyczną.

Pogłębiona diagnostyka powinna obejmować badania zgodne z postępowaniem diagnostycznym nowotworów głowy i szyi, które wynika z najbardziej aktualnych rekomendacji i jest poparte najlepszymi dostępnymi dowodami naukowymi.

Wyniki badań diagnostycznych są przedstawiane świadczeniobiorcy podczas drugiej, realizowanej w ramach programu, konsultacji diagnostyczno-terapeutycznej.

W przypadku wykrycia nowotworu głowy lub szyi należy wydać kartę DiLO oraz poinformować pacjenta o danych placówek specjalizujących się w terapii danego typu nowotworu.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez realizatora wybranego zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561).

Interwencje przeprowadzone zostaną na terenie powiatu wrocławskiego w miejscu wskazanym przez realizatora.

Realizator winien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

#### **d. Sposób udzielania świadczeń**

Ze względu na charakter programu interwencja będzie miała charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób ciągły w trakcie jego trwania w latach 2023-2025. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków i kanałów przekazu.

Program będzie przebiegał w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez realizatora w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

Planowaną interwencję można traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących;
- b. Świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- c. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;
- d. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

#### e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu przez uczestnika adresowanych do niego w zależności od wskazań planowanych interwencji.

Może także nastąpić obligatoryjne wykluczenie uczestnika z programu ze wskazań medycznych lub formalnych, opisanych w treści programu.

Zakończenie udziału w PPZ może nastąpić w wymienionych przypadkach:

- w przypadku świadczeniobiorców, u których nie występuje wskazanie do realizacji wizyty diagnostyczno-terapeutycznej, udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach informacyjno-edukacyjnych lub w szkoleniu w zakładzie pracy;
- w przypadku świadczeniobiorców zakwalifikowanych do wizyty diagnostyczno-terapeutycznej, udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem procesu diagnostycznego przez lekarza;
- 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.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika programu. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie rezygnacji przez realizatora lub uczestnika programu na piśmie, które winno być dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie przez realizatora wystąpienia takich zdarzeń. Będzie ono dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

## 4. Organizacja programu

### a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu sugeruje się zaplanowanie do realizacji następujących działań:

1. Opcjonalne stworzenie rady ds. programu jako organu doradczego i wspierającego przygotowanie, wdrożenie i realizację PPZ, w skład której wejść mogą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu może pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Opcjonalnie powołany koordynator PPZ może merytorycznie odpowiadać za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, W przypadku powołania osoby na tą funkcję, winna być ona przewodniczącym rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatora (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatora (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatora ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Kampania promocyjna.

6. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań informacyjno-edukacyjnych, szkoleń w zakładach pracy, lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej oraz pogłębionej diagnostyki.
7. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
8. Zakończenie realizacji PPZ.
9. Rozliczenie finansowe PPZ.
10. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

#### **Ad 4. Wybór realizatora**

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 poz.633), z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

#### **Ad 5. Kampania promocyjna**

Skierowana do mieszkańców powiatu wrocławskiego. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego. Mieszkańcy powiatu wrocławskiego, w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani m.in. o niebezpieczeństwach związanych z paleniem tytoniu, zagrożeniami wynikającymi z faktu braku badań profilaktycznych w zakresie narządów głowy i szyi oraz o ramach organizacyjnych działań zaplanowanych w ramach PPZ.

#### **Ad 7 Monitoring działań**

W ramach programu będzie wykonywany monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Każdy uczestnik po zakończeniu uczestnictwa w programie będzie proszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży do opracowania przez realizatora raportu rocznego/sprawozdania dla Instytucji finansującej program.

## **Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu**

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu działań w programie, będzie trwać do 3 miesięcy i jej efektem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Działania w ramach ewaluacji polegać będą na analizie: efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów, zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora; ocenie jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników oraz ocenie efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności.

### **b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie powiatu wrocławskiego przez realizatora wyłonionego w konkursie ofert.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Realizator zapewni w miejscu prowadzenia interwencji pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Podmiot realizujący program będzie dysponował kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.



Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych – zgodnie z potrzebami realizacji zadania sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji oraz sprzętem pomocniczym.

W ramach wytycznych szczegółowych, realizator winien zapewnić w ramach etapów PPZ następującą kadrę:

- **szkolenia personelu medycznego**

Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów głowy i szyi („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.

- **szkolenia w zakładach pracy i działania informacyjno-edukacyjne**

Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenie i kompetencje dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskane w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.

- **lekarska wizyta diagnostyczna**

- Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów głowy i szyi,
- lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

- **pogłębiona diagnostyka**

Personel wykonujący badania i procedury zgodnie z obowiązującymi przepisami i wymaganiami.

## 5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

### Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2023–2025, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Instytucji finansującej i posiadanych zasobów finansowych.

#### a. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych, informacji składanych na życzenie Instytucji finansującej programem, sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Wykorzystane zostaną co najmniej następujące wskaźniki:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- liczba zakładów pracy, w których zostały przeprowadzone szkolenia;
- liczba pracodawców i pracowników, którzy zostali przeszkoleni w każdym z zakładów pracy;

- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom informacyjno-edukacyjnym;
- liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej;
- liczba świadczeniobiorców poddanych pogłębionej diagnostyce;
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału.

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

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

Ponadto szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu, uwzględnione zostanie także monitorowanie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Wnioski posłużą w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie np. onkologii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez realizatora programu, a sama jakość –

na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom programu, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić np. w specjalnie przygotowanej do tego celu urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.

Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

## **b. Ewaluacja**

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację.

To proces doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczna ocena wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom oraz uczestnikom programu.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągania większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja finansująca program, na podstawie informacji, raportów i sprawozdań przygotowanych przez realizatora.

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ. W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące

problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);
- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach w zakładach pracy, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);
- liczbie świadczeniobiorców biorących udział w działaniach informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);
- liczbie świadczeniobiorców, którzy zostali skierowani na pogłębioną diagnostykę;
- odsetku osób, u których doszło do zdiagnozowania nowotworu głowy lub szyi podczas wizyty diagnostyczno-terapeutycznej;
- odsetku osób, u których doszło do polepszenia stanu zdrowia w wyniku otrzymywanych świadczeń.

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

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

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zakończenia interwencji u uczestników i zależna jest od utrzymania trwałość efektów zdrowotnych.

W celu opracowania jak najdokładniej powyższych danych można rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

## 6. Koszty

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2023–2025 została przeznaczona kwota około 300 000,00 zł na cały okres trwania programu, do 100 000,00 zł na każdy rok realizacji programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach przedmiotowego programu. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego mogą skorzystać, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badania lekarskiego, działań edukacyjnych itd.

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, m.in. są to wydatki na zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną, związane z monitoringiem i ewaluacją programu. Koszty pośrednie rozliczne są w formie ryczałtu, ustalonego na poziomie maksymalnie do 15% kosztów bezpośrednich.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od zawartej umowy z realizatorem na wykonanie interwencji opisanej w ramach niniejszego PPZ, który otrzyma środki na jego realizację w ramach konkursu.

Program zakłada 3 letni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Instytucja finansująca zmieni wysokość środków na realizację programu lub też nastąpią zmiany w kosztach procedur stosowanych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

### a. Koszty jednostkowe

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii promocyjnej;

- koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla personelu medycznego;
- koszt przygotowania i przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców, w tym przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń w zakładach pracy, w tym przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt realizacji lekarskich wizyt diagnostyczno-terapeutycznych;
- koszt pogłębionej diagnostyki, w tym koszt realizacji drugiej lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Tabela 4. Rodzaje i wysokość kosztów bezpośrednich działań w ramach programu

| Rodzaj kosztu                                     | Koszt jednostkowy |
|---------------------------------------------------|-------------------|
| kwalifikacja uczestnika do programu               | 5,00 zł           |
| wykłady dla mieszkańców (za wykład)               | 1 500,00 zł       |
| szkolenia dla pracodawców za kurs                 | 2 500,00 zł       |
| szkolenia dla personelu medycznego za kurs        | 2 500,00 zł       |
| konsultacja laryngologiczna                       | 200,00 zł         |
| badanie nosogardła za pomocą fiberoskopu          | 200,00 zł         |
| badanie USG                                       | 150,00 zł         |
| PCI biopsja cienkoigłowa z badaniem cytologicznym | 150,00 zł         |
| pobranie wycinka z badaniem histopatologicznym    | 200,00 zł         |
| badanie markerów nowotworowych za jeden marker    | 150,00 zł         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uśrednienia cen m.in. z portalu [www.badamysie.pl](http://www.badamysie.pl)

Koszty pośrednie w ramach programu oszacowano ryczałtowo ustalając poniższe roczne wartości składowych:

Tabela 5. Rodzaje rocznych kosztów pośrednich

| Koszty pośrednie                     |                    |
|--------------------------------------|--------------------|
| Rodzaj kosztu                        | wartość            |
| ewaluacja i monitorowanie            | 2 000,00 zł        |
| obsługa ogólna                       | 1 000,00 zł        |
| koszty promocyjne                    | 1 000,00 zł        |
| rezerwa                              | 1 000,00 zł        |
| <b>razem roczne koszty pośrednie</b> | <b>5 000,00 zł</b> |

Źródło: opracowanie własne

### b. Planowane koszty całkowite

Na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych wskazuje się, iż około 30% dorosłej populacji w Polsce pali lub paliło papierosy (zakresy od 21 do 41% populacji w zależności od przedziału wiekowego). Biorąc pod uwagę jaki dostępny jest poziom finansowania wyznaczony na realizację niniejszego programu określono populację realnie korzystających z programu na 5% całkowitej populacji docelowej, z założeniem, iż:

- całość zakładanej do objęcia realizacją populacji zgłosi chęć udziału w programie;
- 80% z nich spełni kryteria kwalifikacyjne i zostanie włączone do dalszych działań;
- wszyscy zgłaszający się będą mogli uczestniczyć w działaniach informacyjno-edukacyjnych;
- u 1/3 z populacji korzystających, będą obecne czynniki ryzyka i osoby te zostaną zakwalifikowane do lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej, z czego do wykonania pogłębionej diagnostyki włączonych zostanie 10% z nich, z realnie występującymi wskazaniami medycznymi.

Planowane koszty realizacji programu wykazane są w tabelach 6, 7 i 8.

Tabela 6. Koszty całkowite realizacji programu.

| Rodzaj kosztu                              | Koszt jednostkowy | Populacja całościowa | Ilość powtórzeń | Odsetek zgłaszających się | Odsetek włączonych |
|--------------------------------------------|-------------------|----------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|
| kwalifikacja uczestnika do programu        | 5,00 zł           | około 70 000         | 1               | 5,00%                     | 80,00%             |
| szkolenia dla pracodawców za kurs          | 2 500,00 zł       | 1                    | 3               | 100,00%                   | 100,00%            |
| szkolenia dla personelu medycznego za kurs | 2 500,00 zł       | 1                    | 3               | 100,00%                   | 100,00%            |
| konsultacja laryngologiczna                | 200,00 zł         | około 70 000         | 1               | 3,00%                     | 33,00%             |
| pogłębiona diagnostyka                     | 800,00 zł         | około 70 000         | 1               | 3,00%                     | 10,00%             |

Źródło: Opracowanie własne.



Tabela 7. Koszty całkowite realizacji programu z podziałem na kategorie

| Rodzaj kosztu                              | Koszt całkowity kategorii |
|--------------------------------------------|---------------------------|
| <b>koszty bezpośrednie</b>                 |                           |
| kwalifikacja uczestnika do programu        | 14 000,00 zł              |
| wykłady dla mieszkańców w formie grupowej  | 9 000,00 zł               |
| szkolenia dla pracodawców za kurs          | 7 500,00 zł               |
| szkolenia dla personelu medycznego za kurs | 7 500,00 zł               |
| konsultacja laryngologiczna                | 110 880,00 zł             |
| pogłębiona diagnostyka                     | 134 400,00 zł             |
| <b>razem koszty bezpośrednie</b>           | <b>283 280,00 zł</b>      |
| <b>koszty pośrednie</b>                    |                           |
| ewaluacja i monitorowanie                  | 6 000,00 zł               |
| obsługa ogólna                             | 3 000,00 zł               |
| koszty promocyjne                          | 3 000,00 zł               |
| koszty zarządzania/rezerwa                 | 3 000,00 zł               |
| <b>razem koszty pośrednie</b>              | <b>15 000,00 zł</b>       |
| <b>koszty całkowite</b>                    | <b>299 780,00 zł</b>      |

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 8. Planowany budżet programu w zł.

| Rok realizacji zadań  | Koszt roczny działań |
|-----------------------|----------------------|
| rok 2023              | 100 000,00 zł        |
| rok 2024              | 100 000,00 zł        |
| rok 2025              | 100 000,00 zł        |
| <b>Całość działań</b> | <b>300 000,00 zł</b> |

Źródło: Opracowanie własne.

Zaplanowane przez realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku konkursowego na warunkach określonych przez Instytucję finansującą program na lata 2023–2025.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą do **300 000,00 zł** w latach 2023-2025.

### c. Źródła finansowania, partnerstwo

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców powiatu wrocławskiego zostanie sfinansowany ze środków budżetu Powiatu Wrocławskiego w ramach funduszu przeznaczonego na programy polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149).

Instytucja finansująca winna zabezpieczyć uchwałą Rady Powiatu kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

Ze względu na fakt, iż samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, ważnym jest, aby w przypadku programów wieloletnich, zaplanować odpowiedni zapis w budżecie Powiatu Wrocławskiego do ustalania corocznie szczegółowego nakładu finansowego na realizację niniejszego programu polityki zdrowotnej, w każdym zaplanowanym roku jego realizacji.

Jednocześnie dopuszcza się możliwość dofinansowania do 40% kosztów realizacji programu ze środków Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 r. poz. 2561) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. 2017 r. poz. 9).

## 7. Bibliografia

1. Opinia Rady Przejrzystości nr 264/2020 z dnia 12 października 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi”.
2. Raport nr OT.423.3.2018 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi”, data ukończenia raportu: październik 2020.
3. Kawecki, A., & Nawrocki, S. (2013). Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi. [W:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych-2013 r. *Krzakowski M., Warzocha K.(red.). VM Media*, 2-32.
4. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (2020). Head and Neck Cancer Screening and Prevention.
5. ACS (2020). Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer Causes, Risk Factors, and Prevention. Pozyskano z: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8764.00.pdf>
6. Maghami, E., Ismaila, N., Alvarez, A., Chernock, R., Duvvuri, U., Geiger, J., ... & Sher, D. (2020). Diagnosis and Management of Squamous Cell Carcinoma of Unknown Primary in the Head and Neck: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, JCO-20.
7. ASCO (2019). Cancer.Net's Guide to Head and Neck Cancer. Pozyskano z: <https://www.cancer.net/cancer-types/head-and-neck-cancer>
8. Nekhlyudov, L., Lacchetti, C., Davis, N. B., Garvey, T. Q., Goldstein, D. P., Nunnink, J. C., ... & Siu, L. L. (2017). Head and neck cancer survivorship care guideline: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement of the American Cancer Society guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 35(14), 1606-1621
9. Berger, M. J., Ettinger, D. S., Aston, J., Barbour, S., Bergsbaken, J., Bierman, P. J., ... & Kirkegaard, S. (2017). Antiemesis, version 2.2017 featured updates to the NCCN guidelines. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 15(7), 883-893
10. Reich, M., Licitra, L., Vermorken, J. B., Bernier, J., Parmar, S., Golusinski, W., ... & Leemans, C. R. (2016). Best practice guidelines in the psychosocial management of HPV-related head and neck cancer: recommendations from the European Head and Neck Cancer Society's Make Sense Campaign. *Annals of Oncology*, 27(10), 1848-1854
11. NICE (2016). Suspected cancer. Quality standard [QS124]. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs124/chapter/Introduction>
12. Mehanna, H., Kong, A., & Ahmed, S. K. (2016). Recurrent head and neck cancer: United Kingdom national multidisciplinary guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology*, 130(S2), S181-S190
13. National Cancer Expert Reference Group (2015). Optimal care pathway for people with head and neck cancers. Pozyskano z: <https://www.canceraustralia.gov.au/affected-cancer/cancertypes/head-neck-cancer/health-professionals>
14. Australian Institute of Health and Welfare 2014. Head and neck cancers in Australia. Cancer series no. 83. Cat. no. CAN 80. Canberra: AIHW
15. National Lung Cancer Working Group. (2011). *Standards of service provision for lung Cancer patients in New Zealand*. Wellington: Ministry of Health
16. New Zealand Government. (2013). *Standards of Service Provision for Head and Neck Cancer Patients in New Zealand*. Pozyskano z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Cg7cssFmYdKJ:https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/standards-of-service-provision-head-and-neckcancer-patients-jan14.doc+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl>

17. Moyer, V. A. (2013). Screening for oral cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, 160(1), 55-60
18. South Australia Department of Health. (2013). South Australian head and neck cancer pathway
19. Grégoire, V., Lefebvre, J. L., Licitra, L., Felip, E., & EHNS–ESMO–ESTRO guidelines working group. (2010). Squamous cell carcinoma of the head and neck: EHNS–ESMO–ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology*, 21(suppl\_5), v184-v186.
20. Borsetto, D., Fussey, J., Fabris, L., Bandolin, L., Gaudioso, P., Phillips, V., ... & Boscolo-Rizzo, P. (2020). HCV infection and the risk of head and neck cancer: A meta-analysis. *Oral Oncology*, 109, 104869.
21. Gopinath, D., Kunnath Menon, R., K Veetil, S., George Botelho, M., & Johnson, N. W. (2020). Periodontal Diseases as Putative Risk Factors for Head and Neck Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers*, 12(7), 1893.
22. Binazzi, A., Ferrante, P., & Marinaccio, A. (2015). Occupational exposure and sinonasal cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC cancer*, 15(1), 49.
23. Li, Y., Mao, Y., Zhang, Y., Cai, S., Chen, G., Ding, Y., ... & Jin, M. (2014). Alcohol drinking and upper aerodigestive tract cancer mortality: a systematic review and meta-analysis. *Oral oncology*, 50(4), 269-275.
24. Saulle, R., Semyonov, L., Mannocci, A., Careri, A., Saburri, F., Ottolenghi, L., ... & La Torre, G. (2014). Human papillomavirus and cancerous diseases of the head and neck: a systematic review and meta-analysis. *Oral diseases*, 21(4), 417-431.
25. Brocklehurst, P., Kujan, O., O'Malley, L. A., Ogden, G., Shepherd, S., & Glenn, A. M. (2013). Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane database of systematic reviews* (11).
26. Xu, G., Zhao, L., & He, Z. (2012). Performance of whole-body PET/CT for the detection of distant malignancies in various cancers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Nuclear Medicine*, 53(12), 1847-1854.
27. Cook, M. B., Kamangar, F., Whiteman, D. C., Freedman, N. D., Gammon, M. D., Bernstein, L., ... & Pandeya, N. (2010). Cigarette smoking and adenocarcinomas of the esophagus and esophagogastric junction: a pooled analysis from the international BEACON consortium. *Journal of the National Cancer Institute*, 102(17), 1344-1353.
28. Wojciechowska, U., & Didkowska, J. (2018). *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Warszawa: Centrum Onkologii—Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Krajowy Rejestr Nowotworów*
29. Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa łódzkiego. Pozyskano z: [http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/mpz\\_onkologia\\_lodzkie.pdf](http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/mpz_onkologia_lodzkie.pdf)
30. Szczeklik, A., & Gajewski, P. (2018). *Interna Szczeklika 2018. Medycyna Praktyczna*.
31. KRN (2017). Bazy on-line. Raporty. Pozyskano z [http://onkologia.org.pl/raporty/#wykres\\_slupkowy](http://onkologia.org.pl/raporty/#wykres_slupkowy)
32. Kawecki, A., Nawrocki, S., Golusiński, W., Grzesiakowska, U., Jassem, J., Krajewski, R., & Olszewski, W. (2011). Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych—2013 r.
33. World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: [https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi\\_56a8f5a554a18.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf),

## 8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

### a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór

#### ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi  
dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025

##### Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty?

|                                                          | <i>Bardzo dobrze</i>     | <i>Dobrze</i>            | <i>Średnio</i>           | <i>Źle</i>               | <i>Bardzo źle</i>        | <i>Nie mam zdania</i>    |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Empatia w trakcie rozmowy</i>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Sprawność obsługi</i>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Kompetentna informacja</i>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

##### Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

|                                                                             | <i>Bardzo dobrze</i>     | <i>Dobrze</i>            | <i>Średnio</i>           | <i>Źle</i>               | <i>Bardzo źle</i>        | <i>Nie mam zdania</i>    |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Punktualność</i>                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

##### Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarzkiej w trakcie wizyty?

|                                                                             | <i>Bardzo dobrze</i>     | <i>Dobrze</i>            | <i>Średnio</i>           | <i>Źle</i>               | <i>Bardzo źle</i>        | <i>Nie mam zdania</i>    |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Sprawność obsługi</i>                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

##### Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

| <i>Bardzo dobrze</i>     | <i>Dobrze</i>            | <i>Średnio</i>           | <i>Źle</i>               | <i>Bardzo źle</i>        | <i>Nie mam zdania</i>    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

##### Inne uwagi

|                      |
|----------------------|
| <br><br><br><br><br> |
|----------------------|

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom programu.

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

## b. Zgoda na udział w programie - wzór

### **ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025 oraz otrzymałem/am wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Uczestnik/czka programu:

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Data i podpis Uczestnika/czki programu

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/czką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca realizatora programu

Data i podpis i pieczęć

### **Treść klauzuli RODO do uzupełnienia zgodnie z treścią przyjętą w danej JST – może być oddzielnym dokumentem**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Data i podpis Uczestnika/czki programu

**c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania informacyjno-edukacyjne - wzór**

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów  
głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

| <i>Bardzo dobrze</i>     | <i>Dobrze</i>            | <i>Średnio</i>           | <i>Źle</i>               | <i>Bardzo źle</i>        | <i>Nie mam zdania</i>    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

| <i>Bardzo przydatna</i>  | <i>Przydatna</i>         | <i>Średnio przydatna</i> | <i>Raczej nieprzydatna</i> | <i>Całkowicie nieprzydatna</i> | <i>Nie mam zdania</i>    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- ☐ zdecydowanie tak  
☐ raczej tak  
☐ trudno powiedzieć  
☐ raczej nie  
☐ zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- ☐ zdecydowanie tak  
☐ raczej tak  
☐ trudno powiedzieć  
☐ raczej nie  
☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- ☐ zdecydowanie tak  
☐ raczej tak  
☐ trudno powiedzieć  
☐ raczej nie  
☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- ☐ zdecydowanie tak  
☐ raczej tak  
☐ trudno powiedzieć  
☐ raczej nie  
☐ zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- ☐ zdecydowanie tak  
☐ raczej tak  
☐ trudno powiedzieć  
☐ raczej nie  
☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

Inne uwagi.

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.  
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług  
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.  
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*