

**UCHWAŁA NR XXI/197/26
RADY POWIATU WROCŁAWSKIEGO**

z dnia 16 września 2026 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 2026-2028”**

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 2025 r. poz. 1684 ze zm.), art. 8, art. 48 ust. 1 oraz art. 48a ust. 1 i ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.) Rada Powiatu Wrocławskiego uchwala, co następuje:

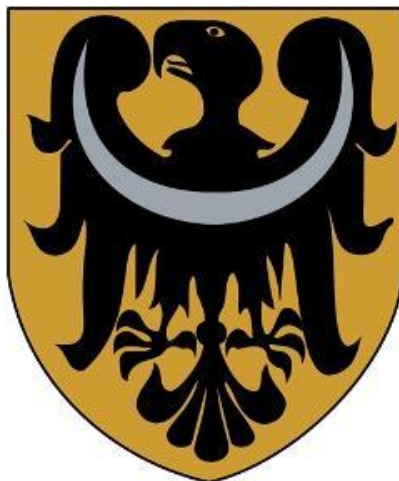
§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Wrocławskiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Powiatu Wrocławskiego

Andrzej Jamrozik



**Program Polityki Zdrowotnej
w zakresie profilaktyki i wczesnego
wykrywania nowotworów głowy i szyi
dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego
na lata 2026-2028**

Wrocław, wrzesień 2026 r.

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028 został opracowany we współpracy ze Stowarzyszeniem CEESTAHC, na podstawie treści Rekomendacji nr 190/2025 z dnia 15 grudnia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi, o której mowa w art. 48aa ust. 5 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 poz. 1461 ze zm.).

Spis treści

Spis treści	3
Indeks skrótów	5
1. Opis problemu zdrowotnego	7
1.1. Problem zdrowotny	7
1.2. Epidemiologia nowotworów głowy i szyi	10
1.3. Populacja docelowa	22
1.4. Obecne postępowanie w zakresie diagnostyki nowotworów głowy i szyi	23
1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu	30
2. Cele Programu Polityki Zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	33
2.1. Cel główny	33
2.2. Cele szczegółowe	33
2.3. Mierniki efektywności realizacji Programu Polityki Zdrowotnej	34
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach Programu Polityki Zdrowotnej	35
3.1. Populacja docelowa	35
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie Polityki Zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z PPZ	36
3.3. Sposób realizacji poszczególnych etapów Programu	37
3.3.1. Działania informacyjno-edukacyjne	37
3.3.2. Szkolenia dla personelu medycznego	39
3.3.3. Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną	41
3.4. Sposób zakończenia udziału w Programie Polityki Zdrowotnej	44
4. Organizacja Programu Polityki Zdrowotnej	45
4.1. Etapy Programu Polityki Zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	45
4.2. Warunki realizacji Programu Polityki Zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	47
5. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu Polityki Zdrowotnej	49
5.1. Monitorowanie	49
5.2. Ocena jakości świadczeń w Programie	50
5.3. Ewaluacja	51
5.4. Raport końcowy z realizacji Programu Polityki Zdrowotnej do AOTMiT	52
6. Budżet Programu Polityki Zdrowotnej	53
6.1. Koszty jednostkowe	53
6.2. Koszty łączne	55
6.3. Koszty całkowite	56
6.4. Źródła finansowania	56
7. Piśmiennictwo	57

8.	Załączniki.....	62
8.1.	Załącznik 1 – Ankieta satysfakcji- wzór	62
8.2.	Załącznik 2 – Test wiedzy PRE/ POST dla uczestników – wizyty diagnostycznej z edukacją zdrowotną (wersja A)	64
8.3.	Załącznik 3 – Test wiedzy PRE/ POST dla uczestników wizyty diagnostycznej z edukacją zdrowotną (wersja B)	66
8.4.	Załącznik 4 – Test wiedzy PRE/ POST dla uczestników wizyty diagnostycznej z edukacją zdrowotną (wersja C)	69

Indeks skrótów

AAMOS	American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
ASCO	American Society of Clinical Oncology
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Years - lata życia skorygowane niesprawnościami</i>
DILO	<i>Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego</i>
EHNCS	<i>European Head and Neck Cancer Society</i>
EHNS	<i>European Head and Neck Society</i>
ESMO	European Society for Medical Oncology
CHD	Choroba niedokrwienna serca (ang. Coronary heart disease)
GIS	Główny Inspektor Sanitarny
JST	Jednostka/i Samorządu Terytorialnego
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów
MPZ	Mapy potrzeb zdrowotnych
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NCERG	National Cancer Expert Reference Group
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NICE	Agencja Oceny Technologii Medycznych w Anglii i Walii (<i>National Institute for Clinical Excellence</i>)
NIZP-PZH PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Państwowy Instytut Badawczy
NPZ	Narodowy Program Zdrowia
NZOZ	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
PET	Positron Emission Tomography - pozytonowa tomografia emisyjna
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PPZ	Program polityki zdrowotnej
PTOK	Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
Program	Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028
RM	Rezonans Magnetyczny
RAA	Szybkodziałające analogi insuliny (<i>Rapid-acting insulin analogues</i>)

RCT	Badanie randomizowane (ang. Randomized controlled trial)
r.ż.	Rok życia
TK	Tomografia komputerowa
UKNMG	United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines
USPSTF	United States Preventive Services Task Force
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (<i>World Health Organization</i>)

1. Opis problemu zdrowotnego

Niniejszy program został opracowany na podstawie treści Rekomendacji Prezesa nr 190/2025 z dnia 15 grudnia 2025 r. 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 wykorzystaniem Raportu w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (Raport nr: DPPZ.434.5.2025), który stanowi aktualizację raportu OT.423.3.2018 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi.

1.1. Problem zdrowotny

Nowotwory głowy i szyi stanowią heterogenną grupę nowotworów złośliwych rozwijających się w obrębie górnych dróg oddechowych i pokarmowych, obejmujących m.in. jamę ustną, gardło (część nosową, ustną i krtaniową), krtąń, jamę nosową i zatoki przynosowe, ślinianki oraz inne struktury anatomiczne regionu głowy i szyi.

Zgodnie z polską wersją językową ICD-11, nowotwory głowy i szyi ujęte są w następujących kodach:¹

- 2B60 Nowotwory złośliwe wargi,
- 2B61 Nowotwory złośliwe podstawy języka,
- 2B62 Nowotwory złośliwe innych lub nieokreślonych części języka,
- 2B63 Nowotwory złośliwe dziąsła,
- 2B64 Nowotwory złośliwe dna jamy ustnej,
- 2B65 Nowotwory złośliwe podniebienia,
- 2B66 Nowotwory złośliwe innych lub nieokreślonych części jamy ustnej,
- 2B67 Nowotwory złośliwe ślinianki przyusznej,
- 2B68 Nowotwory złośliwe ślinianek podżuchwowych lub podjęzykowych,
- 2B69 Nowotwory złośliwe migdałka,
- 2B6A Nowotwory złośliwe części ustnej gardła,
- 2B6B Nowotwory złośliwe jamy nosowo-gardłowej,
- 2B6C Nowotwory złośliwe zachyłka gruszkowatego,
- 2B6D Nowotwory złośliwe części krtaniowej gardła,
- 2B6E Nowotwory złośliwe w innych lub niejasno zdefiniowanych umiejscowieniach w obrębie wargi, jamy ustnej lub gardła,

¹ Rejestr Systemów Kodowania (2025). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 - polska wersja językowa. Pozyskano z: <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details>, dostęp z 31.10.2025

- 2B6Y Inne określone nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej lub gardła,
- 2B6Z Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej lub gardła, nieokreślone,
- 2B70 Nowotwory złośliwe przełyku,
- 2C20 Nowotwory złośliwe jamy nosowej,
- 2C21 Nowotwory złośliwe ucha środkowego,
- 2C22 Nowotwory złośliwe zatok dodatkowych,
- 2C23 Nowotwory złośliwe krtani,
- 2C24 Nowotwory złośliwe tchawicy.

Jedenasta rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) obowiązuje jako klasyfikacja międzynarodowa od dnia 1.01.2022 r. Polskę, podobnie jak inne kraje, obowiązuje około pięcioletni okres na wdrożenie aktualizacji klasyfikacji i dostosowanie jej do systemu krajowego. W związku z powyższym trwają prace nad tłumaczeniem, przystosowaniem systemów opieki zdrowotnej umożliwiające sprawozdawczość zgodnie z ICD-11 oraz szkoleniem przyszłych użytkowników.²

Około 90% przypadków nowotworów głowy i szyi stanowią raki płaskonabłonkowe wywodzące się z nabłonka błon śluzowych. Nowotwory te charakteryzują się agresywnym przebiegiem klinicznym, znacznym wpływem na jakość życia pacjentów oraz wysokim ryzykiem trwałych następstw funkcjonalnych, obejmujących zaburzenia oddychania, połykania, mowy, odżywiania i komunikacji społecznej.

Nowotwory głowy i szyi pozostają istotnym problemem zdrowia publicznego zarówno w Polsce, jak i w Europie. Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów, w Polsce w 2023 r. odnotowano 8 150 nowych zachorowań na nowotwory głowy i szyi, w tym 6 032 przypadki u mężczyzn oraz 2 188 przypadków u kobiet. Najwyższe współczynniki zachorowalności obserwuje się w populacji osób starszych, szczególnie u mężczyzn pomiędzy 65. a 69. rokiem życia. Najczęściej rozpoznawanym nowotworem w tej grupie jest rak krtani, który jednocześnie odpowiada za największą liczbę zgonów spośród nowotworów głowy i szyi (KRN 2025).

Istotnym problemem epidemiologicznym pozostaje późne rozpoznawanie choroby. Znaczna część pacjentów zgłasza się do diagnostyki dopiero w III lub IV stopniu zaawansowania klinicznego, co ogranicza możliwości skutecznego leczenia radykalnego oraz pogarsza rokowanie. Wczesne wykrycie nowotworu istotnie zwiększa szanse przeżycia i umożliwia zastosowanie mniej okaleczających metod terapii. W przypadku rozpoznania choroby we wczesnym stadium odsetek wyleczeń może sięgać nawet 90–95%.

² Ministerstwo Zdrowia (2025). Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac). Pozyskano z: (za Raport nr: DPPZ.434.5.2025, 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) <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11>, dostęp z 31.10.2025, nr 1

Do najważniejszych czynników ryzyka rozwoju nowotworów głowy i szyi należą:

- używanie wyrobów tytoniowych,
- nadużywanie alkoholu,
- zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV),
- zakażenie wirusem Epsteina-Barr (EBV),
- niewłaściwa higiena jamy ustnej,
- przewlekłe drażnienie mechaniczne błon śluzowych,
- ekspozycja zawodowa na substancje drażniące i pyły,
- niekorzystne zachowania zdrowotne oraz niska zgłaszalność do badań profilaktycznych.

Szczególne znaczenie epidemiologiczne ma rosnąca rola zakażeń HPV w etiopatogenezie części nowotworów gardła środkowego, zwłaszcza u osób młodszych, często bez klasycznych czynników ryzyka związanych z paleniem tytoniu i spożywaniem alkoholu. Zjawisko to powoduje zmianę profilu epidemiologicznego populacji zagrożonej i zwiększa znaczenie działań edukacyjnych oraz wczesnej diagnostyki.

Objawy nowotworów głowy i szyi są często niespecyficzne, co dodatkowo utrudnia wczesne rozpoznanie. Do najczęściej występujących objawów alarmowych należą:

- przewlekła chrypka,
- ból gardła utrzymujący się powyżej 3 tygodni,
- trudności lub ból podczas połykania,
- niegojące się owrzodzenia jamy ustnej,
- pieczenie języka,
- guz lub powiększenie węzłów chłonnych szyi,
- jednostronna niedrożność nosa lub krwawienie z nosa,
- przewlekły ból ucha bez zmian otologicznych.

Znaczenie problemu zdrowotnego wynika nie tylko z obciążenia epidemiologicznego i śmiertelności, lecz również z konsekwencji społecznych i ekonomicznych. Leczenie zaawansowanych nowotworów głowy i szyi wiąże się z wysokimi kosztami terapii chirurgicznej, radioterapii i leczenia systemowego, a także kosztami rehabilitacji, leczenia powikłań oraz utraty zdolności do pracy. Choroba prowadzi często do trwałego obniżenia jakości życia i wykluczenia społecznego pacjentów.

Zgodnie z rekomendacją Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 190/2025, zasadne jest prowadzenie działań ukierunkowanych na profilaktykę i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi, obejmujących edukację zdrowotną populacji, szkolenia personelu medycznego oraz działania diagnostyczne skierowane do osób od 35. roku życia obciążonych co najmniej jednym czynnikiem ryzyka. Działania te mają na celu zwiększenie

wykrywalności zmian we wczesnych stadiach zaawansowania, poprawę rokowania oraz ograniczenie skutków zdrowotnych i społecznych choroby.

1.2. Epidemiologia nowotworów głowy i szyi

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. Dane epidemiologiczne pochodzące z Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują, że nowotwory głowy i szyi pozostają jedną z częstszych grup nowotworów występujących u dorosłych Polaków, szczególnie w populacji mężczyzn. W Polsce rozpoznaje się obecnie około 8–11 tysięcy nowych zachorowań rocznie, przy czym obserwuje się utrzymywanie wysokiego poziomu zachorowalności oraz niekorzystne zjawisko późnego wykrywania choroby. W latach 2017-2023 liczba zachorowań na nowotwory głowy i szyi była na zbliżonym poziomie ponad 8 tys. rocznie z widocznym spadkiem nowych rozpoznań do 7 481 w 2020 r.³

Dotychczasowe tendencje uległy zachwianiu w latach 2020-2022 ze względu na znaczną liczbę zgonów z powodu pandemii COVID-19 (w 2021 roku 18,4% zgonów mężczyzn i 17,1% zgonów kobiet). W 2023 roku odsetek zgonów z powodu chorób zakaźnych (w tym COVID-19) (0,62%) wrócił do stanu sprzed pandemii. W 2023 roku wzrosło obciążenie nowotworami polskiego społeczeństwa, co obrazują liczby zachorowań (192,92 tys.), zgonów (99,7 tys.) oraz liczba osób żyjących z chorobą nowotworową (1,47 mln). Szacuje się, że w 2023 roku na każde 100 tys. osób polskiej populacji u 512 osób zdiagnozowano nowotwór. W 2023 roku Krajowy Rejestr Nowotworów otrzymał informacje o 96 925 pierwszorazowych zgłoszeniach nowotworów złośliwych mężczyzn i 95 997 u kobiet (łącznie 192 922 nowych zachorowań). Standaryzowane współczynniki zachorowalności ogółem (ESP2013) w 2023 roku wynosiły 615,53/105 u mężczyzn oraz 453,80/105 u kobiet.⁴

W 2023 roku wystawiono w Polsce 99 676 akty zgonu z powodu nowotworów złośliwych, z czego 53 322 dla mężczyzn i 46 354 dla kobiet. Standaryzowane współczynniki umieralności (ESP2013) ogółem w 2023 roku osiągnęły poziom 364,48/105 mężczyzn i 213,88/105 kobiet. Na każde 100 tysięcy osób polskiej populacji przypada 264 zgony z powodu nowotworów złośliwych.

³ Krajowy Rejestr Nowotworów (2025). Nowotwory narządów głowy i szyi. Pozyskano z: <https://onkologia.org.pl/pl/nnowotwory-narzadow-glowy-i-szyi-czym-sa#page-main-image>, dostęp z 03.12.2025

⁴ <https://onkologia.org.pl/pl>

Tabela 1. Pierwszorazowe zgłoszenia nowotworów złośliwych mężczyzn i kobiet i Standaryzowane współczynniki zachorowalności ogółem w 2023 roku⁵

	Liczba	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany ASW	Współczynnik standaryzowany ESP2013
Zachorowania				
Mężczyźni	96 925	532,13	275,25	615,53
Kobiety	95 997	492,70	244,63	453,80
Ogółem/Total	192 922	511,75	253,30	511,07
Zgony				
Mężczyźni	53 322	292,75	140,74	364,48
Kobiety	46 354	237,91	88,73	213,88
Ogółem	99 676	264,40	110,13	271,45

Nowotwory głowy i szyi stanowią istotny problem epidemiologiczny i zdrowotny w Polsce. Obejmują grupę nowotworów złośliwych rozwijających się w obrębie jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i zatok przynosowych, ślinianek, części przełyku oraz innych struktur anatomicznych regionu głowy i szyi. Zdecydowaną większość stanowią raki płaskonabłonkowe wywodzące się z nabłonka błon śluzowych górnych dróg oddechowych i pokarmowych.

W 2023 r. łączna liczba zachorowań na nowotwory głowy i szyi wyniosła 8 150, w tym 6 032 u mężczyzn i 2 118 u kobiet. W kwestii poszczególnych nowotworów najwyższa liczba zachorowań ogółem wystąpiła dla nowotworu złośliwego krtani (C32) – 1 910 przypadków (8,89/100 tys. oraz 1,67% ogólnej liczby nowotworów), był to też najczęściej rozpoznawany nowotwór z tej kategorii u mężczyzn – 1 620 nowotworów (8,89/100 tys.). Natomiast u kobiet najczęściej występującym nowotworem był nowotwór złośliwy przełyku (C15) – 365 przypadki. Najrzadziej diagnozowanym nowotworem z kategorii głowy i szyi w 2023 r. był nowotwór złośliwy tchawicy, jedynie 3 przypadki zachorowania u kobiet i 20 u mężczyzn.⁶

Mężczyźni chorują kilkakrotnie częściej niż kobiety, co pozostaje związane głównie z większą ekspozycją na klasyczne czynniki ryzyka, przede wszystkim palenie tytoniu oraz nadużywanie alkoholu. Szacuje się, że ryzyko zachorowania u mężczyzn jest około 4–5 razy wyższe niż u kobiet.

Najwyższe wskaźniki zachorowalności obserwuje się w grupie wiekowej powyżej 45–50 roku życia, ze szczytem zachorowań przypadającym najczęściej między 60 a 70 rokiem życia. W ostatnich latach zwraca się jednak uwagę na wzrost liczby przypadków u osób młodszych, szczególnie w odniesieniu do nowotworów gardła środkowego związanych z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

⁵ Krajowy Rejestr Nowotworów

⁶ [Krajowy Rejestr Nowotworów \(2024\). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-02/Nowotwory_2022.pdf, dostęp z 04.11.2025](https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-02/Nowotwory_2022.pdf)

Tabela 2. Liczba zachorowań na nowotwory głowy i szyi w Polsce, w 2023 roku⁷

Typ nowotworu	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany ASE*	Odsetek
Nowotwory złośliwe wargi (C00)	62	178	240	0,98	1,23	0,18
Nowotwór złośliwy nasady języka (C01)	70	202	272	1,11	1,14	0,21
Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka (C02)	190	454	644	2,49	2,57	0,47
Nowotwór złośliwy dziąsła (C03)	49	63	112	0,35	0,37	0,06
Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej (C04)	138	321	459	1,76	1,75	0,33
Nowotwór złośliwy podniebienia (C05)	65	113	178	0,62	0,65	0,12
Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej (C06)	141	228	369	1,25	1,33	0,24
Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej (C07)	157	173	330	0,95	1,14	0,18
Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych (C08)	58	59	117	0,32	0,37	0,06
Nowotwory złośliwe migdałka (C09)	201	563	764	3,09	3,22	0,58
Nowotwór złośliwy części ustnej gardła (C10)	61	216	277	1,19	1,20	0,22
Nowotwór złośliwy części nosowej gardła (C11)	46	106	152	0,58	0,62	0,11
Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego (C12)	22	150	172	0,82	0,86	0,15
Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła (C13)	30	207	237	1,14	1,19	0,21
Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła (C14)	45	114	159	0,63	0,68	0,12
Nowotwór złośliwy przełyku (C15)	365	1 077	1 442	5,91	6,38	1,11

⁷ Krajowy Rejestr Nowotworów

Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego (C30)	64	73	137	0,40	0,46	0,08
Nowotwór złośliwy zatok przynosowych (C31)	61	95	156	0,52	0,54	0,10
Nowotwór złośliwy krtani (C32)	290	1 620	1 910	8,89	9,67	1,67
Nowotwór złośliwy tchawicy (C33)	3	20	23	0,11	0,12	0,02

* ASE – współczynnik standaryzowany do populacji europejskiej (European Standard Population).

W poniższej tabeli (Tabela 3) znajdują się dane dotyczące liczby zachorowań na nowotwory głowy i szyi ogółem w latach 2017-2023 oraz współczynnik zachorowań na 100 tys. osób w Polsce. Ogólna liczba zachorowań w całej populacji polskiej pozostawała na podobnym poziomie w omawianym okresie, nieco ponad 8 tys. przypadków zachorowań rocznie z jednorocznym spadkiem do wartości 7 481 w 2020 r. Również współczynnik zachorowań na 100 tys. osób stale oscylował około 21,5/100 tys.

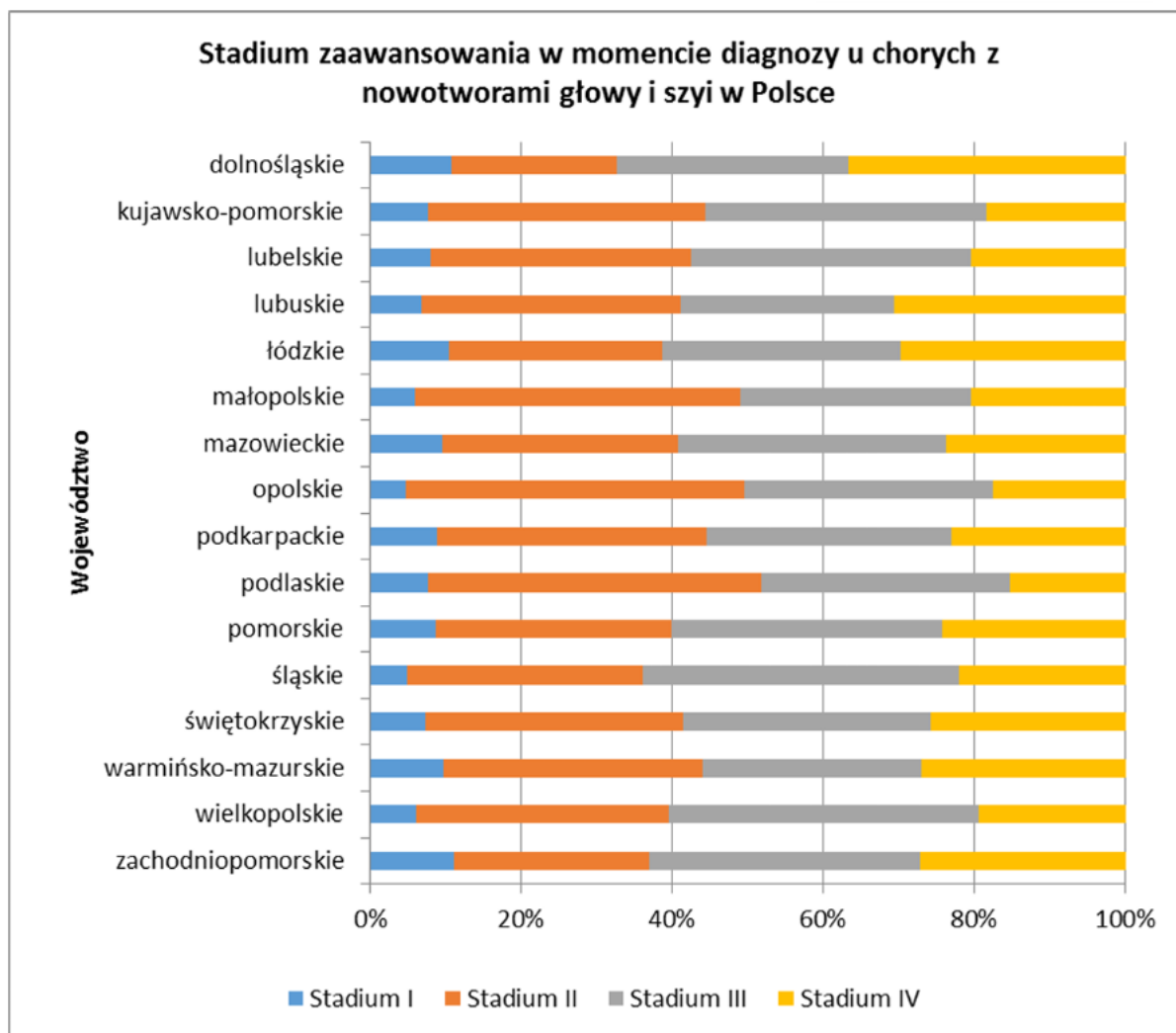
Tabela 3. Liczba zachorowań na nowotwory głowy i szyi w Polsce ogółem w latach 2017-2023 oraz współczynnik zachorowań na 100 tys. osób.

Rok	Liczba zachorowań	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany ASE
2017	8 284	21,56	22,31
2018	8 156	21,23	21,72
2019	8 292	21,60	21,83
2020	7 481	19,51	19,55
2021	8 333	21,93	21,98
2022	8 106	21,43	21,34
2023	8 150	21,62	21,25

Istotnym problemem epidemiologicznym pozostaje wysoka śmiertelność związana z późnym rozpoznaniem choroby. Nowotwory głowy i szyi najczęściej diagnozowane są w III i IV stadium zaawansowania niezależnie od województwa.⁸ Tym pacjentom medycyna może zaoferować jedynie leczenie paliatywne, którego celem jest przedłużenie życia i poprawa jego komfortu.

⁸ <https://onkologia.org.pl/pl>

Rysunek 1. Stadium zaawansowania w momencie diagnozy u chorych na nowotwory głowy i szyi w Polsce na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych 2022 - 2026



Najwięcej zgonów spowodowanych przez nowotwory głowy i szyi w 2023 r. związane było z nowotworem złośliwym przełyku, łącznie 1 556 osób.⁹ W efekcie rokowanie pozostaje istotnie gorsze niż w przypadku nowotworów wykrywanych we wczesnym stadium. Wczesne rozpoznanie umożliwia uzyskanie odsetka trwałych wyleczeń sięgającego nawet 90–95%, natomiast w stadium zaawansowanym szanse przeżycia znacząco maleją.

W ostatnich latach obserwuje się zmianę profilu epidemiologicznego części nowotworów głowy i szyi. Coraz większy udział mają nowotwory związane z infekcją HPV, szczególnie nowotwory części ustnej gardła. Choroby te częściej dotyczą osób młodszych oraz pacjentów bez klasycznych czynników ryzyka związanych z paleniem tytoniu i alkoholem. Zjawisko to ma istotne znaczenie dla planowania działań profilaktycznych i edukacyjnych.

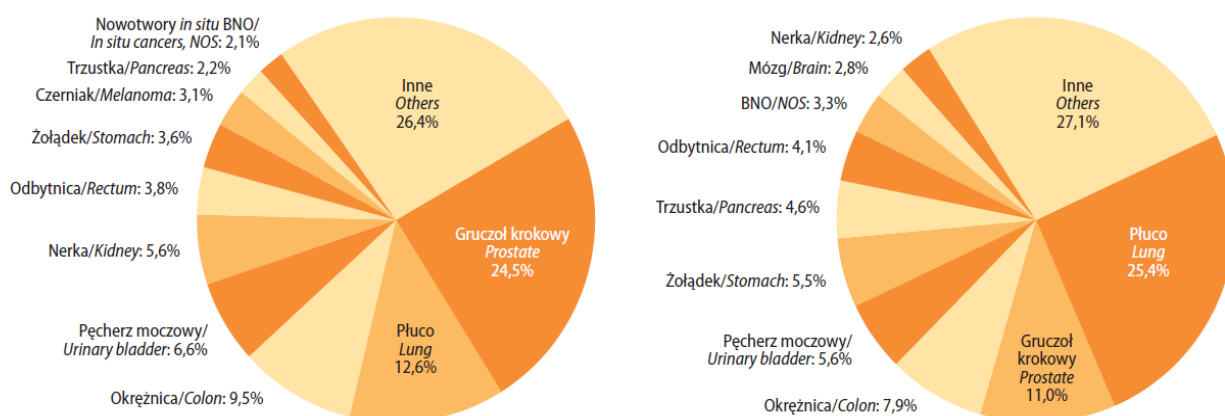
⁹ Krajowy Rejestr Nowotworów (2025). Raporty. Zachorowania/Zgony. Pozyskano z: <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>, dostęp z 04.11.2025

Nowotwory głowy i szyi wiążą się z dużym obciążeniem społecznym i ekonomicznym. Choroba prowadzi często do trwałych zaburzeń funkcji życiowych, takich jak mowa, połykanie czy oddychanie, powodując znaczące obniżenie jakości życia pacjentów oraz konieczność długotrwałej rehabilitacji. Leczenie zaawansowanych stadiów generuje wysokie koszty systemowe związane z leczeniem chirurgicznym, radioterapią, chemioterapią, rehabilitacją oraz opieką długoterminową.

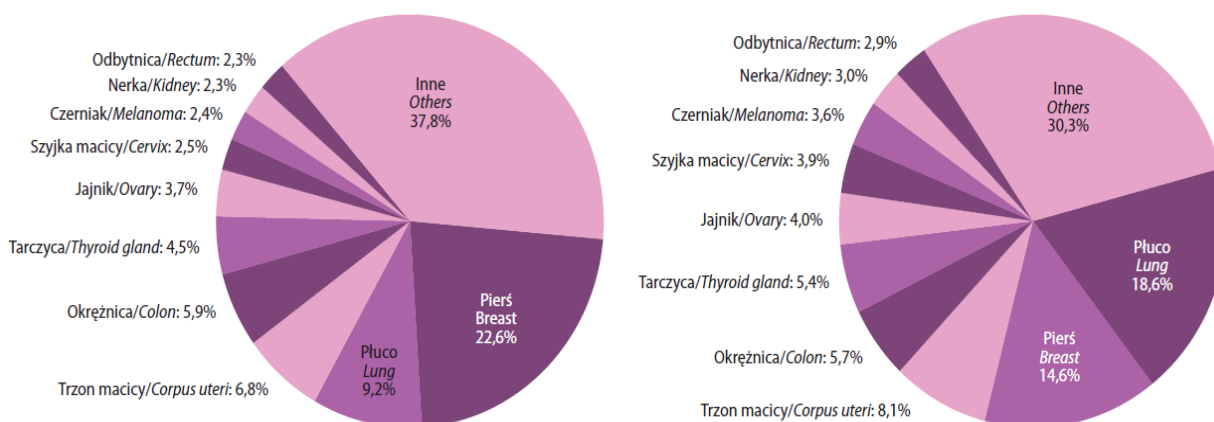
Pomimo funkcjonowania systemu szybkiej diagnostyki onkologicznej oraz wzrostu świadomości społecznej, Polska nadal należy do krajów europejskich o relatywnie wysokim udziale rozpoznania w późnym stadium choroby. Wskazuje to na potrzebę dalszego wzmacniania działań z zakresu profilaktyki pierwotnej, edukacji zdrowotnej oraz programów ukierunkowanych na wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi w populacjach wysokiego ryzyka.

Rysunek 2. Strukturę zachorowań i zgonów z powodu nowotworów w 2023 roku, z podziałem na płeć (KRN¹⁰ a) zachorowania (lewa strona) i zgony (prawa strona) u mężczyzn, b) kobiet

a)



b)

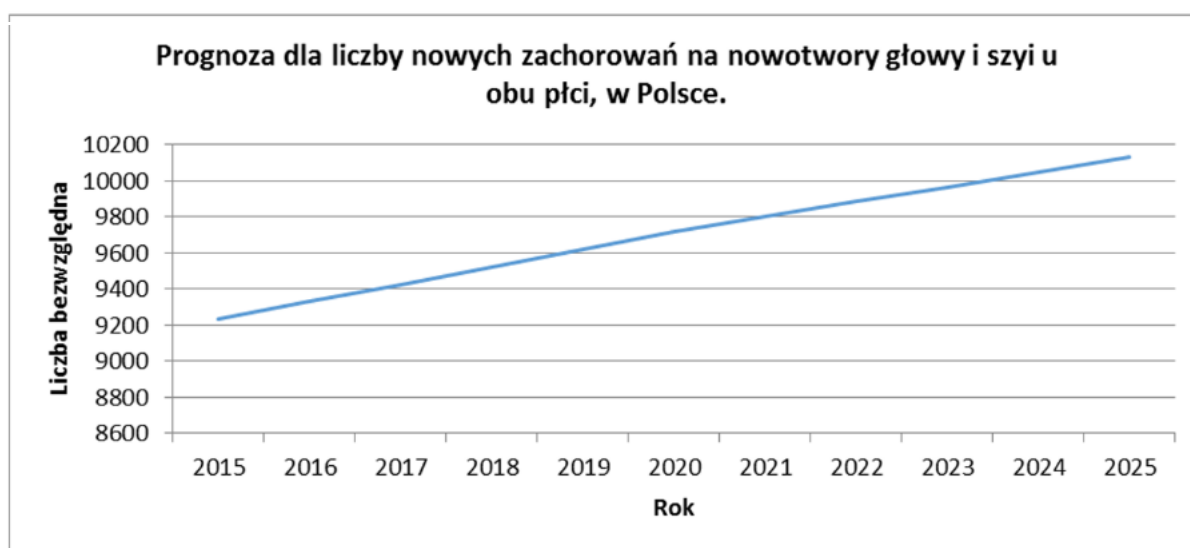


¹⁰ <https://onkologia.org.pl/pl>

Według danych map potrzeb zdrowotnych 2022 – 2026 szczyt zapadalności na nowotwory z grupy „nowotwory głowy i szyi” przypada na populację 65+. Wśród mężczyzn jest to 110,7/ 100 tys. mieszkańców, a wśród kobiet 40,4/ 100 tys. mieszkańców.

Według danych z Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie map potrzeb zdrowotnych na okres 2022-2026 rok (Dz.U. 2021 poz. 69)¹¹, nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów i odpowiadają za ok. 25% wszystkich zgonów w Polsce. Spośród nich największy udział mają nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy, które odpowiadają za ok. 9% wszystkich zgonów w Polsce.

Rysunek 3. Prognoza zapadalności na nowotwory głowy i szyi w Polsce w latach 2015-2025



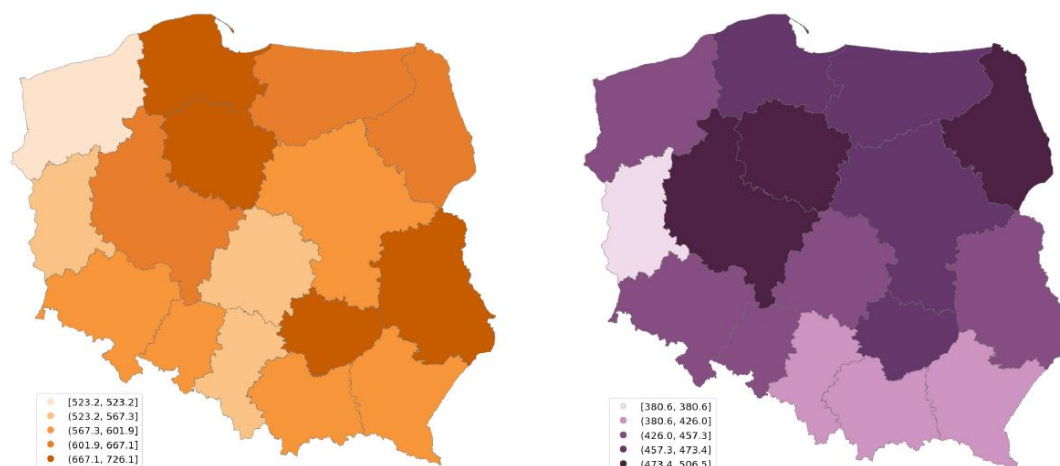
Epidemiologia w województwie dolnośląskim

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

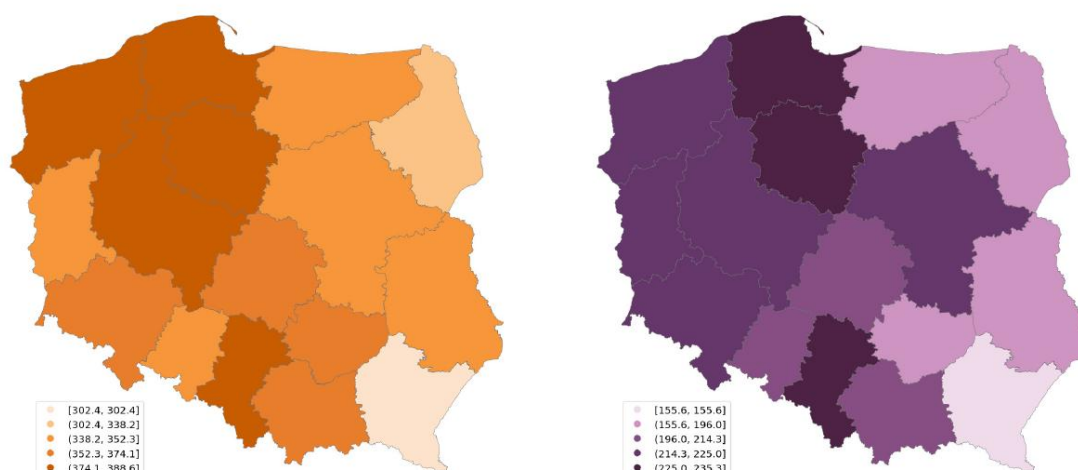
W województwie dolnośląskim standaryzowany współczynnik umieralności (SMR) z powodu nowotworów złośliwych jest o około **3,6%–4,2% wyższy** w stosunku do średniej krajowej i wynosił dla mężczyzn 419,6 vs 377,7 oraz 233,1 vs 213,9 dla kobiet. Była to druga najwyższa wartość wskaźnika dla populacji mężczyzn w Polsce, a trzecia dla populacji kobiet (tabela poniżej). Dane potwierdzają, że w województwie dolnośląskim (ESP2013 mężczyźni 374,1) plasuje się jako druga najwyższa wartość po kujawsko-pomorskim (388,6), a wśród kobiet (218,8) trzecia po śląskim (235,3) i kujawsko-pomorskim (232,3).

¹¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz.U. 2021 poz. 69)

Rysunek 4. Rozkład geograficzny współczynnika ESP2013 umieralności na nowotwory złośliwe w 2023 – M-lewa, K-prawa Źródło: KRN



Rysunek 5. Umieralność na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce w 2023 roku. (KRN¹²)

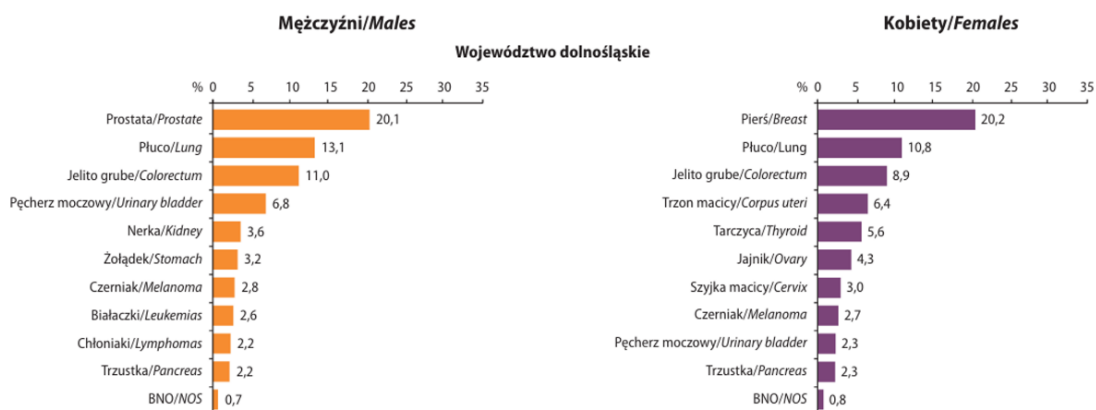


¹² <https://onkologia.org.pl/pl>

Tabela 4. Standaryzowany współczynnik umieralności (SMR) z powodu nowotworów złośliwych w Polsce w podziale na województwa (KRN 10)¹³

Województwo	Mężczyźni				Kobiety			
	Liczby bezwzględne	Wsp. surowy	Wsp. standaryzowany ASW	Wsp. standaryzowany ESP2013	Liczby bezwzględne	Wsp. surowy	Wsp. standaryzowany ASW	Wsp. standaryzowany ESP2013
Dolnośląskie	4 253	307,0	146,0	374,1	3 742	249,9	91,1	218,8
Kujawsko-pomorskie	3 061	316,1	151,6	388,6	2 692	260,5	98,6	232,3
Lubelskie	2 831	289,8	137,2	348,7	2 319	222,8	80,5	189,9
Lubuskie	1 316	277,4	134,4	347,9	1 216	241,7	91,3	217,9
Łódzkie	3 557	314,9	141,4	365,2	3 199	257,8	88,4	209,3
Małopolskie	4 595	276,4	137,9	368,6	3 957	224,1	85,7	214,3
Mazowieckie	7 173	271,9	136,9	352,3	6 761	235,5	90,1	219,7
Opolskie	1 348	296,9	130,0	349,8	1 174	241,8	83,4	206,4
Podkarpackie	2 421	238,3	118,9	302,4	1 770	167,0	65,8	155,6
Podlaskie	1 515	273,1	130,0	338,2	1 279	218,3	79,7	189,8
Pomorskie	3 240	282,9	142,4	379,8	2 829	233,2	92,0	227,7
Śląskie	6 911	331,6	148,5	383,7	6 208	276,0	96,9	235,3
Świętokrzyskie	1 845	323,3	138,1	361,8	1 452	240,9	82,7	196,0
Warmińsko-mazurskie	1 828	274,9	137,4	352,0	1 434	205,6	79,7	188,7
Wielkopolskie	4 851	286,1	147,5	381,0	4 144	230,9	94,2	223,2
Zachodniopomorskie	2 577	324,6	150,1	382,6	2 178	258,5	93,8	225,0
Polska	53 322	292,7	140,7	364,5	46 354	237,9	88,7	213,9

Rysunek 6. Struktura zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w 2023 roku w woj. dolnośląskim w podziale na kobiety i mężczyzn¹⁴



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

¹³ Krajowy Rejestr Nowotworów

¹⁴ Krajowy Rejestr Nowotworów

Tabela 5. Zgony i zachorowania w województwie dolnośląskim C01-C14; C30-C33

ZGONY					
<i>Rok</i>	Liczba zgonów	ASW	ASE	Wsp. surowy	Ryzyko skumulowane
2010	288	5,59	10,72	9,87	1,1
2011	329	6,22	12,21	11,28	1,29
2012	307	5,99	10,88	10,53	1,07
2013	351	6,5	12,73	12,06	1,33
2014	367	6,81	13,03	12,62	1,34
2015	373	6,69	12,97	12,84	1,35
2016	391	6,98	14	13,47	1,47
2017	404	7,29	14,1	13,92	1,43
2018	443	8,01	15,11	15,27	1,54
2019	390	6,87	13,28	13,45	1,36
2020	440	7,62	14,82	15,18	1,56
2021	370	6,37	12,39	12,75	1,26
2022	370	6,28	12,63	12,79	1,33
2023	428	7,06	14,38	14,84	1,54
ZACHOROWANIA					
<i>Rok</i>	Liczba zachorowań	ASW	ASE	Wsp. surowy	Ryzyko skumulowane
2010	453	9,29	16,76	15,53	1,61
2011	494	10,29	18,02	16,94	1,71
2012	517	10,27	18,18	17,73	1,74
2013	536	10,77	19,27	18,41	1,85
2014	540	10,46	18,48	18,57	1,76
2015	602	11,51	20,82	20,72	1,98
2016	571	10,83	19,74	19,66	1,93
2017	593	11,17	20,08	20,43	1,91
2018	555	10,37	18,59	19,13	1,8
2019	579	10,65	18,98	19,97	1,81
2020	485	8,62	15,99	16,73	1,58
2021	443	7,86	14,93	15,27	1,5
2022	467	8,5	15,78	16,15	1,57
2023	443	8,19	14,9	15,37	1,46

Tabela 6. Zgony i zachorowania na nowotwory głowy i szyi C01-C14, C30-C33 w powiecie wrocławskim

ZGONY – C01-C14, C30-C33 (głowa i szyja)					
<i>Rok</i>	Liczba zgonów	ASW	ASE	Wsp. surowy	Ryzyko skumulowane
2010	6	3	6,7	5,12	0,91
2011	9	4,54	9,13	7,49	1,04
2012	9	4,29	8,93	7,31	1,07
2013	20	11,25	20,26	15,84	2,05
2014	9	4,44	9,37	6,95	1,03
2015	15	7,59	12,62	11,31	1,05
2016	17	7,96	15,34	12,51	1,52

2017	14	6,61	13,3	10,05	1,39
2018	11	4,91	7,45	7,65	0,61
2019	17	6,73	15,63	11,44	1,95
2020	16	6,13	15,32	10,4	1,99
2021	14	5,57	11,08	7,92	1,18
2022	27	9,71	22,85	14,91	2,82
2023	22	8,31	15,36	11,91	1,51
ZACHOROWANIA – C01–C14, C30–C33 (głowa i szyja)					
Rok	Liczba zachorowań	ASW	ASE	Wsp. surowy	Ryzyko skumulowane
2010	14	7,85	12,72	11,96	1,06
2011	17	9,16	15,57	14,16	1,32
2012	21	12,05	21,09	17,06	1,93
2013	19	10,52	21,05	15,05	2,22
2014	27	13,78	26,82	20,84	2,77
2015	25	12,85	23,87	18,85	2,37
2016	25	13,47	24,43	18,4	2,27
2017	17	8,5	15,06	12,2	1,35
2018	19	8,11	14,38	13,22	1,48
2019	20	8,22	17,74	13,45	2,11
2020	19	8,59	17,03	12,35	1,92
2021	19	7,74	14,63	10,75	1,52
2022	39	15,17	29,69	21,54	3,11
2023	26	9,27	18,15	14,07	1,81

Tabela 7. Chorobowość w zależności od płci w województwie dolnośląskim

CHOROBOWOŚĆ – MĘŻCZYŹNI

Rok	Płeć	1 rok	3 lata	5 lat	10 lat
2010	Mężczyźni	291	709	1002	1567
2011	Mężczyźni	313	704	1013	1565
2012	Mężczyźni	306	696	1011	1565
2013	Mężczyźni	313	716	1015	1570
2014	Mężczyźni	336	719	1014	1573
2015	Mężczyźni	367	771	1084	1632
2016	Mężczyźni	343	791	1091	1662
2017	Mężczyźni	361	805	1115	1680
2018	Mężczyźni	324	763	1107	1679
2019	Mężczyźni	363	781	1125	1689
2020	Mężczyźni	278	689	1020	1615
2021	Mężczyźni	257	629	944	1536

2022	Mężczyźni	286	623	922	1517
2023	Mężczyźni	247	582	872	1452

CHOROBY – KOBIECY

Rok	Płeć	1 rok	3 lata	5 lat	10 lat
2010	Kobiety	74	201	316	522
2011	Kobiety	98	209	324	532
2012	Kobiety	107	224	334	552
2013	Kobiety	116	256	352	573
2014	Kobiety	115	258	351	594
2015	Kobiety	131	288	400	627
2016	Kobiety	102	275	400	627
2017	Kobiety	121	284	413	637
2018	Kobiety	115	264	406	638
2019	Kobiety	114	275	414	648
2020	Kobiety	115	261	381	651
2021	Kobiety	108	256	379	644
2022	Kobiety	109	265	379	638
2023	Kobiety	110	249	378	636

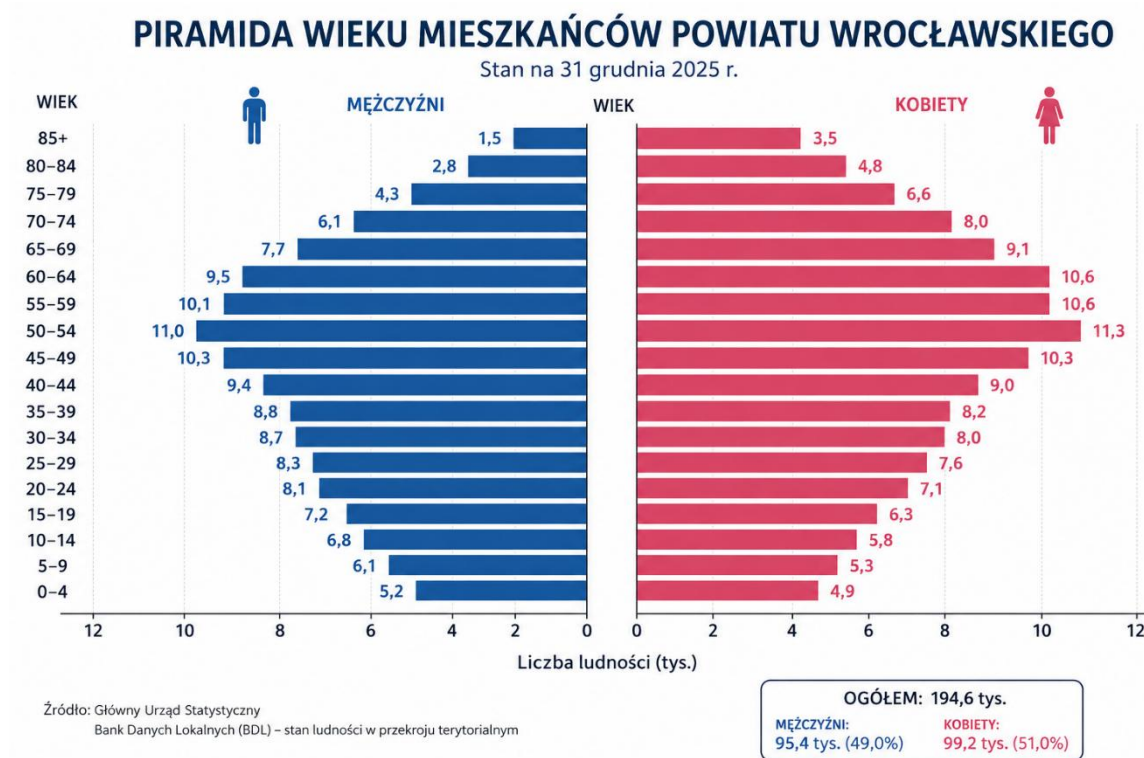
1.3. Populacja docelowa

Według danych GUS liczba ludności Powiatu Wrocławskiego wynosiła 194 555 osób (stan na 31.12.2025), w tym kobiet 99 155 i mężczyzn 95 400. Liczba dorosłych w wieku 35 i powyżej wynosi 114 660 osób, w tym 55 310 mężczyzn oraz 59 350 kobiet, co stanowi 58,9% całej populacji powiatu.

Program obejmuje następujące populacje (szczegółowe informacje w Rozdziale 2):

- Populacja poddana działaniom informacyjno-edukacyjnym – populacja ogólna,
- Populacja poddana wizycie diagnostycznej z edukacją zdrowotną – określony odsetek populacji ogólnej,
- Populacja personelu medycznego w zakresie szkoleń.

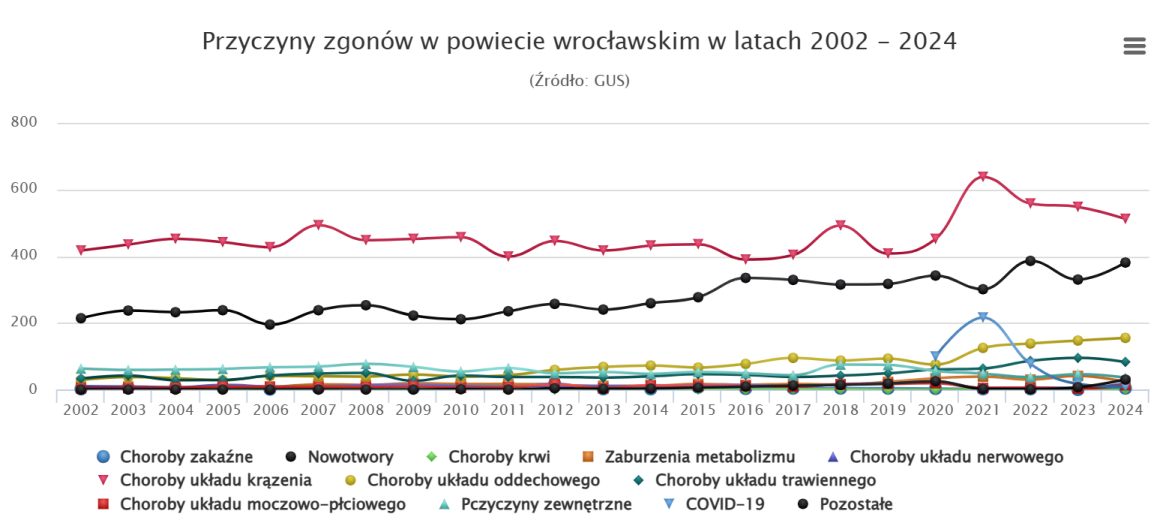
Rysunek 8. Piramida wieku mieszkańców powiatu wrocławskiego, 2025 rok, na podstawie danych GUS, opracowanie własne



Zgony na nowotwory w powiecie wrocławskim stanowiły 29,5% wszystkich zgonów i były drugą co do częstości przyczyną zgonów. Udział zgonów z powodu nowotworów był wyższy od średniej dla województwa dolnośląskiego (26,7%) oraz wyższy od średniej dla kraju (27,0%).¹⁵

¹⁵ <https://www.polskawliczbach.pl/>

Rysunek 7. Przyczyny zgonów w powiecie wrocławskim w latach 2002 – 2024. (www.polskawliczbach.pl)



1.4. Obecne postępowanie w zakresie diagnostyki nowotworów głowy i szyi

Postępowanie diagnostyczne w nowotworach głowy i szyi w Polsce realizowane jest w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej oraz leczenia szpitalnego, zgodnie z aktualnymi wytycznymi klinicznymi, standardami diagnostyczno-terapeutycznymi oraz zasadami szybkiej diagnostyki onkologicznej. Diagnostyka ma charakter wieloetapowy i wielospecjalistyczny, a jej celem jest możliwie wczesne rozpoznanie nowotworu, określenie stopnia zaawansowania choroby oraz kwalifikacja pacjenta do odpowiedniego leczenia.

Kluczowe znaczenie dla skuteczności postępowania ma wczesna identyfikacja objawów alarmowych oraz szybkie skierowanie pacjenta do dalszej diagnostyki specjalistycznej. W praktyce klinicznej pierwszym ogniwem systemu pozostaje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz dentysta lub lekarz specjalista otorynolaryngologii, którzy mogą zidentyfikować objawy sugerujące proces nowotworowy.

Do objawów wymagających pogłębionej diagnostyki należą w szczególności:

- chrypka utrzymująca się powyżej 3 tygodni,
- przewlekły ból gardła,
- trudności lub ból podczas połykania,
- przewlekłe niegojące się zmiany w jamie ustnej,
- obecność guza szyi,
- jednostronna niedrożność nosa lub krwawienie z nosa,

- przewlekły ból ucha bez uchwytnej przyczyny otologicznej,
- niewyjaśniona utrata masy ciała,
- powiększenie regionalnych węzłów chłonnych.

Podstawę wstępnej diagnostyki stanowi szczegółowy wywiad medyczny oraz badanie przedmiotowe obejmujące ocenę jamy ustnej, gardła, nosa, szyi i krtani. Szczególną uwagę zwraca się na występowanie czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, zakażenie wirusem HPV, ekspozycja zawodowa na substancje drażniące oraz wcześniejsze choroby nowotworowe regionu głowy i szyi.

W diagnostyce specjalistycznej istotną rolę odgrywa badanie endoskopowe górnych dróg oddechowych i pokarmowych, w szczególności fiberoskopia lub wideolaryngoskopia, umożliwiające ocenę struktur anatomicznych trudno dostępnych w badaniu rutynowym. Badania te pozwalają na identyfikację zmian podejrzanych o charakter nowotworowy oraz określenie ich lokalizacji i rozległości.

W przypadku stwierdzenia podejrzanej zmiany konieczne jest wykonanie diagnostyki histopatologicznej, która pozostaje złotym standardem rozpoznania. Materiał do badania uzyskuje się poprzez biopsję wycinkową, biopsję aspiracyjną cienkoigłową (BAC) w przypadku zmian węzłowych lub zabieg diagnostyczny wykonywany w znieczuleniu ogólnym. Rozpoznanie histopatologiczne umożliwia określenie typu nowotworu, stopnia zróżnicowania oraz — w wybranych przypadkach — obecności markerów molekularnych, w tym związku z zakażeniem HPV.

Diagnostyka obrazowa stanowi integralny element oceny stopnia zaawansowania choroby. W zależności od lokalizacji i podejrzenia klinicznego stosowane są:

- ultrasonografia szyi wraz z oceną węzłów chłonnych,
- tomografia komputerowa (TK),
- rezonans magnetyczny (MR),
- pozytonowa tomografia emisyjna sprzężona z TK (PET-TK),
- radiografia klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej w celu oceny przerzutów odległych.

Zakres diagnostyki obrazowej dobierany jest indywidualnie i służy ocenie miejscowego zaawansowania nowotworu, naciekania sąsiednich struktur oraz obecności przerzutów regionalnych i odległych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn.

zm.), w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) dostępne jest poradnictwo specjalistyczne w zakresie onkologii. Wymagania w zakresie realizacji omawianego świadczenia zostały zaprezentowane poniżej (Tabela 8).¹⁶

Tabela 8. Wykaz dostępnych świadczeń gwarantowanych w zakresie AOS dla diagnostyki nowotworów głowy i szyi (warunki realizacji świadczeń — porada specjalistyczna onkologia (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.)

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
Porada specjalistyczna – onkologia	Personel 1) Lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej, lub ginekologii onkologicznej, lub radioterapii, lub radioterapii onkologicznej, lub chemioterapii nowotworów albo 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej, lub ginekolog Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną W lokalizacji: USG. Dostępność badań lub procedur medycznych Dostęp do: 1) badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych; 2) RTG; 3) mammografii; 4) dermatoskopii.

Dodatkowo w ramach AOS, możliwe jest także uzyskanie dostępu do badań diagnostycznych ukierunkowanych na obszar głowy i szyi, uwzględniających przy tym możliwość wykrycia nowotworów występujących w tych obszarach:

- RTG krtani bez kontrastu (zdjęcia warstwowe)
- RTG przewodu nosowo-łzowego z kontrastem
- RTG nosogardzieli bez kontrastu
- RTG gruczołów ślinowych bez kontrastu
- RTG okolicy tarczycy bez kontrastu
- RTG gruczołów ślinowych z kontrastem
- RTG pantomograficzne
- RTG cefalometryczne
- RTG wewnątrzustne zębów
- RTG twarzoczaszki – przeglądów

¹⁶ Ministerstwo Zdrowia (2016). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. 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.). Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160000357>, dostęp z 03.12.2025

- RTG twarzoczaszki – celowane lub czynnościowe
- RTG zatok nosa
- RTG nosa
- RTG czaszki – przeglądowe
- RTG czaszki – celowane lub czynnościowe
- RTG kręgosłupa odcinka szyjnego – przeglądowe
- RTG kręgosłupa odcinka szyjnego – celowane lub czynnościowe
- TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego
- TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym
- TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego
- TK szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego
- TK kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- USG naczyń szyi – doppler
- USG przezczaszkowe – doppler
- USG ślinianek
- USG krtani
- RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego
- RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- RM szyi bez wzmocnienia kontrastowego
- RM szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym

W ramach leczenia szpitalnego, możliwe jest także uzyskanie dostępu do badań diagnostycznych ukierunkowanych na obszar głowy i szyi. Świadczenia gwarantowane w tym zakresie koncentrują się głównie na wykonaniu biopsji poszczególnych narządów i obszarów anatomicznych oraz pełen zakres opieki w zakresie opieki onkologicznej (w tym w ramach DILO).

Po zakończeniu diagnostyki pacjent powinien zostać skierowany do wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (MDT – multidisciplinary team), obejmującego specjalistów z zakresu otorynolaryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, onkologii klinicznej, radioterapii, radiologii, patomorfologii, rehabilitacji oraz wsparcia żywieniowego i psychoonkologicznego. Zespół dokonuje oceny stopnia zaawansowania według klasyfikacji TNM oraz ustala optymalny plan leczenia.

Pomimo funkcjonowania systemu szybkiej diagnostyki onkologicznej oraz dostępności świadczeń specjalistycznych, istotnym problemem pozostaje nadal późne zgłaszanie się pacjentów do lekarza oraz niska świadomość społeczna dotycząca objawów alarmowych nowotworów głowy i szyi. W praktyce klinicznej znaczna część przypadków rozpoznawana jest w stadium miejscowo zaawansowanym, co ogranicza możliwości leczenia radykalnego i pogarsza rokowanie. Istotne znaczenie mają również bariery organizacyjne obejmujące ograniczoną zgłaszalność populacji wysokiego ryzyka, niedostateczne wykorzystanie badań przesiewowych oportunistycznych oraz różnice regionalne w dostępności diagnostyki specjalistycznej.

Z tego względu działania realizowane w ramach programu polityki zdrowotnej powinny koncentrować się na zwiększeniu świadomości zdrowotnej mieszkańców, poprawie wykrywalności objawów alarmowych przez personel medyczny oraz usprawnieniu ścieżki kierowania osób z grup ryzyka do pogłębionej diagnostyki specjalistycznej. Takie działania mogą przyczynić się do zwiększenia odsetka rozpoznań we wczesnych stadiach choroby, poprawy wyników leczenia oraz ograniczenia kosztów społecznych i zdrowotnych związanych z leczeniem zaawansowanych nowotworów głowy i szyi.

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) za wyjątkiem części przypadków raka głośni, leczenie jest mniej skuteczne, odsetek niepowodzeń miejscowych wynosi >60% oraz występuje wyższe ryzyko przerzutów w narządach odległych.¹⁷

Optymalne leczenie chirurgiczne powinno być prowadzone przez zróżnicowanych specjalistów, by obok onkologicznie prawidłowego usunięcia guza była możliwość odpowiedniego odtworzenia ubytków tkanek zarówno czynnościowego i estetycznego. Radioterapia winna być realizowana przy użyciu nowoczesnych technologii, np. napromienianie 3D konformalne (kształt napromienianego pola jest dostosowany do kształtu guza), czy napromieniania o modulowanej intensywności wiązki promieni (IMRT), które zapewniają ochronę prawidłowych tkanek. Chemioterapia u chorych na nowotwory głowy i szyi może być stosowana w dwojaki sposób. Kojarzona z napromienianiem w ramach leczenia z zamiarem wyleczenia, a w przypadkach zaawansowanych z zamysłem zwiększenia prawdopodobieństwa wyleczalności miejscowej.

¹⁷ 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.*

Terapia onkologiczna w Polsce – szybka ścieżka diagnostyczno - terapeutyczna

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.

Według założeń systemowych 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.¹⁸

Programy zdrowotne

Aktualnie realizowany jest wieloletni program pod nazwą „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030” (NSO), która zakłada kontynuowanie wybranych zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych realizowanego w latach 2016-2024.

NSO jest wdrażana na podstawie corocznych harmonogramów przyjmowanych przez Radę Ministrów. Strategia obejmuje 94 zadania skoncentrowane w pięciu obszarach: inwestycjach w kadry, edukacji i prewencji pierwotnej, prewencji wtórnej, nauce i innowacjach oraz systemie opieki onkologicznej. W harmonogramie na 2026 r. przewidziano m.in. kontynuację

¹⁸ Krajowy Rejestr Nowotworów (2024). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-02/Nowotwory_2022.pdf, dostęp z 04.11.2025

działań kadrowych i edukacyjno-promocyjnych, promocję udziału w badaniach klinicznych oraz inwestycje w infrastrukturę i aparaturę wykorzystywaną w diagnostyce i leczeniu nowotworów. Istotnym elementem zmian organizacyjnych pozostaje wdrażanie Krajowej Sieci Onkologicznej, ukierunkowane na standaryzację, koordynację i monitorowanie jakości opieki.

W Polsce w latach 2016-2023 realizowany był „Ogólnopolski Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi”, współfinansowany w ramach inicjatywy EFS POWER.. Zgodnie z dostępnym raportem końcowym z realizacji programów w ramach inicjatywy EFS POWER, konkurs na realizację rzeczzonego programu wygrało 9 ośrodków. W ramach raportu wskazano także, że zdołano osiągnąć część zakładanych celów. Program miał także istotny wpływ na:

- budowanie świadomości społeczeństwa nt. zagadnień profilaktycznych nowotworów głowy i szyi;
- zwiększenie znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej;
- profesjonalizację zawodów medycznych;
- zwiększenie dostępności do lekarzy;
- zwiększenie zaufania do opinii i stanowisk personelu medycznego.

Program odegrał również istotną rolę w zwiększaniu wiedzy pacjentów oraz personelu medycznego. Ponadto, zgodnie z opiniami pacjentów, program doprowadził do częstszego postawienia wczesnej diagnozy nowotworów w obszarze głowy i szyi (89,9%), zwiększenia wiedzy nt. specyfiki problemu zdrowotnego (88,86%) oraz zwiększenia prawdopodobieństwa uzyskania specjalistycznego poradnictwa dotyczącego omawianej problematyki (84,7%).

Programy polityki zdrowotnej

Do dnia 02.10.2025 roku AOTMiT zgodnie z art. 48aa ust. 11 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, otrzymała od jednostek samorządu terytorialnego 6 oświadczeń o przygotowaniu projektów programów polityki zdrowotnej zgodnie z rekomendacją nr 14/2020 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.

Powiat Wrocławski realizował w latach 2023–2025 Program Polityki Zdrowotnej w zakresie nowotworów głowy i szyi, przygotowany na podstawie rekomendacji AOTMiT, i był adresowany do osób z grupy ryzyka w wieku 40 - 65 r. ż.

Niniejszy Program jest kontynuacją poprzedniego programu z zastrzeżeniem założeń zawartych w aktualnej rekomendacji AOTMiT z 2025 r

Kampanie edukacyjne

Informacje nt. kampanii edukacyjnej Make Sense, wdrożonej przez European Head and Neck Society (EHNS), a prowadzonej w Polsce przez Polskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi, pozostają aktualne.^{19,20}

W Polsce realizowany jest także projekt „Program Edukacji Onkologicznej”, w ramach którego prowadzona jest ogólna platforma edukacyjna uzupełniająca dotychczasowe działania w ramach tej inicjatywy. Zamysłem projektu jest ułatwienie pacjentowi dostępu do nowych informacji, w zakresie leczenia, zapobiegania i łagodzenia skutków działań niepożądanych interwencji ukierunkowanych na nowotwory. W ramach programu prowadzone są także obszerne bazy wiedzy, zawierające w sobie poradniki, materiały multimedialne oraz artykuły naukowe, odnoszące się do tematyki onkologicznej. Całość działań jest ukierunkowana na ogólną tematykę nowotworów, bez szczególnego wyszczególnienia obszaru głowy i szyi.²¹

1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

Dane Krajowego Rejestru Nowotworów dla Powiatu Wrocławskiego wskazują na niekorzystną dynamikę zachorowań i zgonów z powodu nowotworów głowy i szyi (C01–C14, C30–C33) w ostatnich latach. Liczba zachorowań wzrosła z 19/100 tys. w 2021 roku do 39/100 tys. w 2022 roku i wyniosła 26/100 tys. w 2023 roku, przy czym współczynnik standaryzowany (ASE) w 2022 roku osiągnął wartość 29,69/100 tys. — najwyższą w analizowanym okresie 2010–2023, a ryzyko skumulowane wzrosło do 3,11. Liczba zgonów wzrosła z 14/100 tys. w 2021 roku do 27/100 tys. w 2022 roku i 22/100 tys. w 2023 roku, z ryzykiem skumulowanym rosnącym do 2,82 w 2022 roku i 1,51 w 2023 roku.

Powiat Wrocławski leży w województwie dolnośląskim, które charakteryzuje się jednym z wyższych w Polsce standaryzowanych współczynników umieralności na nowotwory złośliwe ogółem — o 3,6–4,2% wyższym od średniej krajowej, co stanowi drugą najwyższą wartość dla populacji mężczyzn i trzecią dla populacji kobiet spośród wszystkich województw. W regionie nowotwory krtani i mózgu znajdują się w pierwszej dziesiątce przyczyn zgonów wśród mężczyzn, a nowotwory mózgu wśród kobiet. W kontekście ogólnopolskim rak krtani pozostaje najczęściej rozpoznawanym nowotworem głowy i szyi, a wczesne rozpoznanie tej grupy nowotworów umożliwia uzyskanie odsetka trwałych wyleczeń sięgającego 90–95%, podczas gdy w stadium zaawansowanym rokowanie istotnie się pogarsza. Polska nadal należy do krajów europejskich o relatywnie wysokim udziale rozpoznań w późnym stadium choroby.

¹⁹ Raport nr: DPPZ.434.5.2025 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi”: listopad 2025

²⁰ Program Edukacji Onkologicznej (2025). Pozyskano z: <https://www.programedukacionkologicznej.pl/o-nas>

²¹ Program Edukacji Onkologicznej (2025). Pozyskano z: <https://www.programedukacionkologicznej.pl/o-nas>

Zestawienie podwyższonego obciążenia epidemiologicznego regionu dolnośląskiego z rosnącą liczbą zachorowań i zgonów w samym Powiecie Wrocławskim wskazuje, że populacja tego powiatu znajduje się w grupie zwiększonego ryzyka względem średniej krajowej. Wprowadzenie programu polityki zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi — zgodnego z rekomendacją AOTMiT — znajduje uzasadnienie w lokalnych danych epidemiologicznych, niezależnie od przesłanek ogólnokrajowych.

Eksperti kliniczni wskazują, że z uwagi na to, że wczesne rozpoznanie nowotworów głowy i szyi przekłada się na skuteczne, efektywne kosztowo leczenie, kluczowe jest dążenie do ich wykrywania w możliwie jak najwcześniejszym stadium. Tym samym konieczne jest dążenie do zwiększania świadomości społecznej odnośnie tych chorób, prowadzenie szkoleń dla lekarzy w zakresie rozpoznawania nowotworów głowy i szyi (kierowanych w szczególności do lekarzy POZ i lekarzy dentystów), a także prowadzenie badań profilaktycznych w grupach wysokiego ryzyka.

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, opublikował Rekomendację AOTMiT dotyczącą zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi po raz pierwszy w dn. 15 grudnia 2020 roku.²² Decyzja o opracowaniu ww. rekomendacji opierała się na dostępnych danych epidemiologicznych oraz przesłankach związanych z etiologią i trudnościami we wczesnym wykryciu tego rodzaju nowotworów.

Ze względu na nadal istniejącą potrzebę działań w ww. obszarze, w dniu 15 grudnia 2025 została opublikowana aktualizacja rekomendacji,²³ a na podstawie zaktualizowanych odnalezionych dowodów naukowych, opinii ekspertów klinicznych, obowiązujących przepisów prawa oraz danych epidemiologicznych dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi, zalecił w rekomendacji przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

²² Rekomendacja nr 14/2020 z dnia 15 grudnia 2020 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. https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/14_2020.pdf

²³ Rekomendacja nr 190/2025 z dnia 15 grudnia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi. https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2025/REK/Rekomendacja%20190_2025%2048aa%20nowotwory%20głowy%20i%20szyi.pdf

- działań informacyjno-edukacyjnych dla populacji ogólnej z zakresu zachowań prozdrowotnych, działań profilaktycznych, czynników ryzyka i objawów nowotworów głowy i szyi;
- szkoleń dla personelu medycznego z zakresu profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów głowy i szyi;
- wizyty diagnostycznej u osób w wieku ≥ 35 lat z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi wraz z edukacją zdrowotną ukierunkowaną na modyfikację stylu życia.

2. Cele Programu Polityki Zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

Program Polityki Zdrowotnej opracowany jest na podstawie art. 48 – 48aa ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. z 2025 r. poz.1461).

2.1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych, działań profilaktycznych, czynników ryzyka i objawów nowotworów głowy i szyi, wśród 75%* uczestników działań edukacyjnych programu.

2.2. Cele szczegółowe

1. Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów głowy i szyi wśród 80%* przedstawicieli personelu medycznego, którzy wzięli udział w szkoleniach w ramach programu.
2. Zwiększenie o 5%** w okresie trwania programu odsetka osób ze wstępnie rozpoznanym nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie w ramach środków NFZ.

* Przyjęta wartość docelowa na poziomie 75% uczestników osiągających zakładany wzrost wiedzy została określona jako realistyczna i adekwatna do planowanych zakresów interwencji edukacyjnych. Przyjęcie poziomu 75% stanowi zatem próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględnia możliwość wystąpienia czynników niezależnych od realizatora programu (np. absencja uczestników, różnice w poziomie wyjściowym wiedzy). Osiągnięcie zakładanego poziomu wskaźnika będzie potwierdzeniem skuteczności programu w obszarze zapewnienia odpowiednio wysokiego stanu wiedzy w zakresie nowotworów głowy i szyi wśród personelu medycznego oraz mieszkańców powiatu wrocławskiego uczestniczących w PPZ.

** Przyjęta wartość docelowa na poziomie zwiększenia o 5% w okresie trwania całego programu odsetka osób ze wstępnie rozpoznanym nowotworem w obrębie głowy i szyi została określona jako realistyczna. Przyjęcie poziomu 5% stanowi zatem próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględnia możliwość wystąpienia licznych czynników niezależnych od realizatora programu (np. rosnący dostęp do diagnostyki nowotworów głowy i szyi, rosnąca świadomość społeczna). Osiągnięcie zakładanego poziomu wskaźnika będzie potwierdzeniem skuteczności programu w zakresie wykrywalności nowotworów głowy i szyi na terenie realizacji PPZ.

2.3. Mierniki efektywności realizacji Programu Polityki Zdrowotnej

Wartości mierników dotyczących edukacji zostały dobrane na podstawie wcześniejszych doświadczeń w ramach prowadzenia edukacji zdrowotnej, zarówno personelu medycznego, jak i dorosłych beneficjentów programu polityki zdrowotnej..

Tabela 9. Cele i mierniki efektywności realizacji Programu Polityki Zdrowotnej

<i>Cel</i>	<i>Miernik</i>
<i>Cel główny</i>	Odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* z zakresu zachowań prozdrowotnych, działań profilaktycznych, czynników ryzyka i objawów nowotworów głowy i szyi, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test. <i>(iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników biorących udział w programie. Wynik wyrażony w procentach)</i> * wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
<i>Cel szczegółowy 1</i>	Odsetek przedstawicieli z grupy personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów głowy i szyi, względem wszystkich uczestników szkoleń dla personelu medycznego, którzy wypełnili pre-test. <i>(iloraz liczby przedstawicieli z grupy personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników szkoleń dla personelu medycznego. Wynik wyrażony w procentach)</i> * wysoki poziom wiedzy – ponad 90% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
<i>Cel szczegółowy 2</i>	Odsetek osób ze wstępnie rozpoznany nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie poza programem, względem wszystkich osób, które uczestniczyły w wizycie diagnostycznej z edukacją zdrowotną. <i>(iloraz liczby osób ze wstępnie rozpoznany nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie poza programem, w stosunku do liczby osób, które uczestniczyły w „wizycie diagnostycznej z edukacją zdrowotną”. Wynik wyrażony w procentach).</i>

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach Programu Polityki Zdrowotnej

3.1. Populacja docelowa

Populacja Powiatu Wrocławskiego (dane wg GUS stan na 31.12.2025) liczy 194 555 mieszkańców, w tym kobiety stanowią 50,96% (99 155). Liczba dorosłych w wieku 35 i powyżej wynosi 114 660 osób, co stanowi 58,9% całej populacji powiatu, w tym kobiety stanowią 51,76% (59 350).

Program obejmuje następujące subpopulacje:

- Populacja poddana działaniom informacyjno-edukacyjnym – populacja ogólna,
- Populacja poddana wizycie diagnostycznej z edukacją zdrowotną (osoby w wieku ≥ 35 lat znajdujące się w grupie ryzyka rozwoju nowotworu głowy i szyi) – populacja spełniająca kryteria włączenia i wykluczenia do programu,
- Populacja personelu medycznego poddana edukacji.

Programem objęci zostaną:

I grupa – działania informacyjno-edukacyjne - dorośli z populacji ogólnej zamieszkujący na terenie powiatu wrocławskiego, którzy powinni zapoznać się z realizowanym programem. W roku 2025 populacja osób dorosłych wynosiła ok. 148,6 tys. osób. Dotarcie w ciągu roku powinno osiągnąć poziom około 7%, czyli ok. 10 tys. mieszkańców - co najmniej 20 tys. osób w czasie realizacji Programu.

II grupa – kadra medyczna korzystająca ze szkoleń w ramach programu – szkolenia dla personelu medycznego skierowane są w szczególności do przedstawicieli personelu medycznego zaangażowanego w realizację programu oraz tego, który będzie miał kontakt z uczestnikami Programu, m in.: osoby realizujące działania edukacyjne, osoby prowadzące wizytę diagnostyczną z edukacją zdrowotną, lekarze POZ, farmaceuci i fizjoterapeuci i przedstawiciele innych zawodów medycznych mający kontakt z mieszkańcami Powiatu Wrocławskiego. W ramach szkoleń personelu zostanie przeszkolonych w czasie realizacji Programu łącznie co najmniej 75 osób.

III grupa – osoby zaproszone do odbycia wizyty diagnostycznej z edukacją zdrowotną. Populacja w wieku 35 lat i starsza z grupy ryzyka rozwoju nowotworu głowy i szyi (ze względu na ograniczenia budżetowe - co najmniej 800 osób w czasie realizacji Programu).

3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie Polityki Zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z PPZ

Do udziału w Programie zaproszone zostaną dorosłe osoby w wieku 35 lat i starsze, mieszkające na terenie Powiatu Wrocławskiego i spełniające kryteria formalne oraz kliniczne (grupa ryzyka rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi) oraz wyrażą zgodę na udział w Programie.

Ze względu na ograniczony budżet realizacji Programu, zgłoszenia będą realizowane do wyczerpania limitu finansowego.

Tabela 10. Kryteria włączenia/ wyłączenia (zgodna z kryteriami AOTMIT)

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Działania informacyjno-edukacyjne	Populacja ogólna dorosłych mieszkańców Powiatu Wrocławskiego	Brak
Szkolenia dla personelu medycznego	Personel pierwszego kontaktu (np. lekarze POZ, stomatolodzy, laryngolodzy, chirurdzy szczękowo-twarzowi pielęgniarzki, higienistki stomatologiczne, farmaceuci i fizjoterapeuci), w szczególności zaangażowany w realizację programu	ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat
Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną	Osoby w wieku ≥ 35 lat, zamieszkali w powiecie wrocławskim, po wyrażeniu zgody, z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworu głowy i szyi tj.: • palenie tytoniu/używanie wyrobów nikotynowych i picie alkoholu; • narażenie na bierne palenie; • istniejące wcześniej zmiany w jamie ustnej; • zakażenie wirusem Epstein-Barr'a (szczególnie w kontekście nowotworu nosogardzieli i gruczołów ślinowych); • zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (ang. human papilloma virus), głównie HPV-16 i HPV-18 (szczególnie w kontekście nowotworów gardła, migdałków i podstawy języka); • ekspozycja na promieniowanie jonizujące; • choroby dziedziczne (w tym niedokrwistość Fanconiego, zespół ataksji-teleangiektazji, zespół Blooma i zespół nowotworowy Li-Fraumeni);	pozostawanie pod opieką poradni onkologicznej

	• immunosupresja; narażenie zawodowe (dotyczy szczególnie osób pracujących w przemyśle budowlanym, metalurgicznym, tekstylnym, ceramicznym, drzewnym i spożywczym); • wiek >40 lat; • płeć męska; • niedożywienie	
--	---	--

Grupa I –działania informacyjno-edukacyjne

Kryteria włączenia i wyłączenia zgodne z powyższą Tabelą – Tabela 10. Warunkiem przystąpienia do działań edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest także do wypełnienia post-testu po zakończeniu edukacji. Dodatkowo zobowiązuje się Realizatora do przekazania uczestnikom działań edukacyjnych ankiet satysfakcji.

Grupa II – szkolenia dla personelu medycznego

Kryteria włączenia i wyłączenia zgodne z powyższą Tabelą – Tabela 10.

Szkolenie dla personelu medycznego zostanie przeprowadzone przez realizatora Programu wyłonionego na drodze konkursu.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniach jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła szkolenie, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu. Dodatkowo zobowiązuje się Realizatora do przekazania uczestnikom szkolenia dla personelu medycznego ankiet satysfakcji.

Kwalifikacje personelu przeprowadzającego szkolenie: lekarz ze specjalizacją w dziedzinie otolaryngologii.

Grupa III - Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną

Kryteria włączenia i wyłączenia zgodne z powyższą Tabelą – Tabela 10.

3.3. Sposób realizacji poszczególnych etapów Programu

3.3.1. Działania informacyjno-edukacyjne

Działania informacyjno-edukacyjne Programu dzielą się na działania informacyjno-promocyjne oraz działania edukacyjne i powinny dotrzeć do jak największej liczby mieszkańców.

Działania informacyjno-promocyjne o Programie powinny uwzględniać stronę internetową realizatora Programu i portale społecznościowe oraz siedzibę realizatora. Działania informacyjno-promocyjne na temat programu będą prowadzone w sposób ciągły (przez cały okres jego trwania).

Informacje o Programie zostaną umieszczone na stronie internetowej i w siedzibie Starostwa Powiatowego we Wrocławiu, rozesłane do placówek POZ działających na terenie powiatu oraz opcjonalnie do: aptek, zakładów pracy, gabinetów stomatologicznych. Dodatkowo informacje o Programie będą rozpowszechniane w trakcie imprez plenerowych organizowanych przez Powiat Wrocławski (pikniki, jarmarki, wydarzenia sportowe, dni zdrowia, spotkania z samorządowcami).

Działania informacyjno-promocyjne powinny być realizowane także poprzez opracowanie, wydrukowanie i udostępnianie materiałów w formie ulotek, plakatów, grafik z uwzględnieniem informacji obejmujących edukację antynikotynową.

Działania edukacyjne powinny być ukierunkowane na podniesienie wiedzy populacji ogólnej na temat nowotworów głowy i szyi oraz powinny być prowadzone prostym i zrozumiałym językiem oraz w przystępnej formie.

Działania edukacyjne dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego mogą być realizowane w formie wykładów/konferencji/edukacji realizowanej przez farmaceutów w aptekach czy szkoleń dla szczególnie narażonych zachorowaniem grup zawodowych np. strażacy.

Realizator zobowiązany jest do przeprowadzenia co najmniej 3 działań edukacyjnych rocznie w latach 2027 i 2028.

Warunkiem przystąpienia do działań edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest także do wypełnienia post-testu po zakończeniu edukacji. Dodatkowo zobowiązuje się Realizatora do przekazania uczestnikom działań edukacyjnych ankiet satysfakcji.

Realizator Programu wykorzysta, przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich, materiały edukacyjne znalezione na stronach wiarygodnych instytucji i organizacji prowadzących edukację onkologiczną – przykłady adresów stron www:

- Główny Inspektorat Sanitarny: <https://www.gov.pl/web/gis/bezplatne-szczepienia-przeciw-hpv-w-polsce-dla-wieku-918-lat>
- Narodowy Fundusz Zdrowia: <https://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/aktualnosci/nawotwory-glowy-i-szyi-sroda-z-profilaktyka,727.html>
- Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy: <https://jakrzucicpalenie.pl/category/aktualnosci/>

- Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięsaki i Czerniaki :
<https://www.sarcoma.pl/baza-wiedzy/publikacje/co-warto-wiedziec/nowotwory-glowy-i-szyi/>

3.3.2. Szkolenia dla personelu medycznego

Szkolenia dla personelu medycznego są skierowane do osób wykonujących zawód medyczny (np. lekarze POZ, stomatolodzy, laryngolodzy, chirurdzy szczękowo-twarzowi pielęgniarki, higienistki stomatologiczne, farmaceuci i fizjoterapeuci), w szczególności personel zaangażowany w realizację programu.

Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb personelu medycznego.

Edukacja personelu medycznego będzie przeprowadzona w formie stacjonarnej lub hybrydowej. Uczestnicy szkolenia otrzymają materiały edukacyjne (lub link do materiałów). Przed szkoleniem uczestnicy wypełniają test wiedzy (pre-test), a po szkoleniu – test wiedzy „post” (post-test), w celu oceny podniesienia lub utrzymania poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów głowy i szyi.

Realizator jest zobowiązany do przygotowania merytorycznego testu wiedzy, dostosowanego do uczestników szkolenia.

Dodatkowo zobowiązuje się Realizatora do przekazania uczestnikom szkoleń ankiet satysfakcji.

Realizator zorganizuje w 2026 r. co najmniej 1 szkolenie dla personelu medycznego realizatora zaangażowanego w realizację programu, który będzie miał kontakt z uczestnikami Programu i udzielał im świadczeń u Realizatora. W roku 2027 realizator zorganizuje co najmniej 2 szkolenia dla: personelu medycznego mającego kontakt z potencjalnymi uczestnikami Programu m.in. lekarze POZ, farmaceuci aby zwiększyć dotarcie do potencjalnych beneficjentów programu. W roku 2028 realizator zorganizuje co najmniej 3 szkolenia dla personelu medycznego, w tym co najmniej 1 szkolenie dla personelu realizatora oraz co najmniej 2 szkolenia dla pozostałego personelu medycznego mającego kontakt z potencjalnymi uczestnikami Programu m.in. lekarze POZ, farmaceuci.

Szkolenie personelu medycznego zaangażowanego bezpośrednio w realizację Programu powinno obejmować:

- prezentację założeń oraz budowy Programu,
- zasady komunikacji personelu medyczny --uczestnik PPZ
- zasady rekrutacji i edukacji zdrowotnej uczestników PPZ w zakresie Programu,
- zapoznanie z materiałami edukacyjnymi,
- schemat obiegu dokumentów w Programie.
- przygotowanie personelu medycznego do udzielania odpowiedzi na ewentualne pytania i wątpliwości pacjentów,

- informacje dotyczące profilaktyki, diagnostyki, różnicowania i leczenia nowotworów, głowy i szyi zgodnie z obowiązującą wiedzą evidence-based medicine (EBM);
- czynniki zwiększające ryzyko rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi;
- identyfikację objawów w poszczególnych obszarach głowy i szyi świadczące o możliwym rozwoju nowotworu;
- rozpoznawanie i określanie stopnia nowotworu;
- zasady prawidłowego przeprowadzenia wizyty diagnostycznej, obejmującej co najmniej:
 - wywiad medyczny i stomatologiczny,
 - ocenę ryzyka w oparciu o dostępne kwestionariusze,
 - badanie wzrokowe (wewnątrzustne i zewnątrzustne),
 - badanie palpacyjne z uwzględnieniem węzłów chłonnych;
 - konieczność prowadzenia interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia np. w ramach minimalnej interwencji antynikotynowej.

Zaleca się przeszkolenie całego personelu medycznego realizatora z zakresu edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na poradnictwa nakierowanego na modyfikację stylu życia, uwzględniające:

- minimalną interwencję antynikotynową obejmującą zestaw pięciu pytań opisanych jako zasada „5P” tj.:
 - PYTAJ każdego pacjenta czy stosuje wyroby nikotynowe,
 - PORADŹ, jak zaprzestać używania wyrobów nikotynowych,
 - POZNAJ postawę pacjenta wobec użytkowania i zaprzestania korzystania z wyrobów nikotynowych,
 - POMÓŹ użytkującemu wyroby nikotynowe pacjentowi w opracowaniu planu zaprzestania ich stosowania,
 - PLANUJ dalsze wsparcie w zakresie skierowania osoby uzależnionej do ośrodków i poradni zajmujących się leczeniem uzależnień od nikotyny;
- podejście „bardzo krótkiej porady” VBA (ang. very brief advice), z zastosowaniem trzech pytań: zapytaj (ang. ask), doradź (ang. advise), działaj (ang. act) – w kontekście uzależnienia od alkoholu:
 - ZAPYTAJ – oceń poziom ryzykownego lub szkodliwego picia alkoholu na podstawie kwestionariusza AUDIT-C (ang. alcohol use disorders identification test – consumption) lub innego narzędzia;
 - DORADŹ – jeśli wynik w teście AUDIT-C wynosi ≤ 4 pkt u mężczyzn lub ≤ 5 pkt u kobiet – przekaz pozytywną informację zwrotną i zachęć do utrzymania niskiego poziomu spożycia alkoholu; w przypadku wyniku w kwestionariuszu ≥ 5 pkt u mężczyzn lub ≥ 6 pkt u kobiet, zastosuj krótką poradę mającą na celu zachęcenie do ograniczenia spożycia alkoholu i obniżenia poziomu ryzykownego lub szkodliwego picia alkoholu;

- DZIAŁAJ – przekaz pacjentowi, że ilość spożywanego przez niego alkoholu naraża go na ryzyko wystąpienia szeregu problemów zdrowotnych (w tym raka jamy ustnej, gardła), a ryzyko to wzrasta wraz ze wzrostem ilości i częstotliwości picia (NHS 2025).

Szkolenie dla personelu medycznego mającego potencjalny kontakt z uczestnikami Programu powinno zawierać: założenia programu, zasady rekrutacji/ kwalifikacji uczestników PPZ, dane kontaktowe do realizatora, treść i zasady edukacji zdrowotnej uczestnik PPZ (informacje dotyczące profilaktyki, diagnostyki, różnicowania i leczenia nowotworów, głowy i szyi zgodnie z obowiązującą wiedzą evidence-based medicine).

3.3.3. Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną

Osoby, które zgłosiły się do udziału w Programie zostają szczegółowo poinformowane o jego celach i etapach, a następnie, jeśli spełniają kryteria formalne i kliniczne i mogą być zakwalifikowane, wyrażają pisemnie zgodę na udział w programie.

W ramach wizyty należy przeprowadzić:

1. Test wiedzy „Pre”.

2. Wywiad uwzględniający:

- identyfikację u uczestnika czynników ryzyka, w tym przypadku nowotworów głowy i szyi w rodzinie oraz zachowań determinujących podwyższone ryzyko rozwoju nowotworu;
- rodzaj, czas trwania i przebieg objawów zgłaszanych przez uczestnika PPZ ;
- historię palenia lub używania wyrobów nikotynowych, w tym: wiek rozpoczęcia, liczba wypalanych papierosów dziennie bądź stopień/częstość i rodzaj używanych wyrobów nikotynowych (obecnie i w różnych okresach życia), a także liczba prób porzucenia nałogu;
- ustalenie przeciętnego poziomu spożycia alkoholu (np. na podstawie kwestionariusza AUDIT-C);

3. Ocenę ryzyka w oparciu o przeprowadzony wywiad;

4. Badanie:

- wzrokowe i palpacyjne widocznych zmian (zewnątrzustnie i wewnątrzustnie);
- wzrokowe i palpacyjne węzłów chłonnych (gdy dostępne – USG węzłów chłonnych);
- laryngologiczne, z uwzględnieniem oceny objawów związanych z zajęciem nerwów czaszkowych (w tym – badanie fiberoskopowe).

Wszystkie informacje pozyskane od uczestnika w trakcie wywiadu oraz wyniki przeprowadzonych badań należy szczegółowo omówić z pacjentem oraz odnotować w dokumentacji medycznej.

Lekarz powinien przekazać pacjentowi informacje na temat zidentyfikowanych czynników ryzyka oraz w oparciu o wyniki badań diagnostycznych – podjąć decyzję o dalszym postępowaniu:

- w przypadku wstępnego rozpoznania nowotworu w obrębie głowy i szyi, lekarz kieruje pacjenta:
- do jednostki uprawnionej do wydawania karty DiLO w celu dalszej diagnostyki i leczenia; pacjent zostaje poinformowany o konieczności przekazania dokumentacji medycznej do ww. jednostki;
- na edukację zdrowotną realizowaną w ramach programu;

W przypadku osób, u których nie zostanie rozpoznany nowotwór w obrębie głowy i szyi, kierowany jest na edukację zdrowotną realizowaną w ramach programu.

5. Edukację zdrowotną w ramach wizyty może przeprowadzić lekarz, pielęgniarka, higienistka stomatologiczna lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni, udokumentowany zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na modyfikację stylu życia, uzyskany w trakcie szkolenia dla personelu medycznego prowadzonego w ramach PPZ. Ze względu na specyfikę problemu zdrowotnego, ww. elementy edukacji zdrowotnej należy dostosować indywidualnie do pacjenta w zależności od określonych w trakcie wizyty diagnostycznej czynników ryzyka (decyzję podejmuje lekarz realizujący wizytę diagnostyczną).

W celu zmniejszenia ryzyka rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi bądź spowolnienia/zatrzymania rozwoju tego nowotworu u osób, u których w ramach programu wstępnie rozpoznano obecność choroby, edukacja zdrowotna powinna być nakierowana przede wszystkim na modyfikację stylu życia, podczas której należy przedstawić pacjentowi zalecenia w odniesieniu do konieczności:

- zaprzestania palenia i/lub korzystania z wyrobów nikotynowych;
- zaprzestania bądź ograniczenia picia alkoholu;
- unikania ekspozycji na bierne palenie tytoniu;
- ograniczenia ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe (UV);
- ograniczenia ekspozycji na czynniki zawodowe (pył drzewny, azbest, nikiel, pyły krzemionkowe);

- prawidłowego dbania o higienę jamy ustnej, w tym także stosowania odpowiednio dopasowanych protez zębowych;
- utrzymania prawidłowej masy ciała;
- wdrożenia prawidłowych nawyków żywieniowych;
- ograniczenia ryzykownych zachowań seksualnych;

W przypadku osób deklarujących czynne palenie lub używających wyrobów nikotynowych, będzie przeprowadzona krótka porada antynikotynowa, która powinna zawierać następujące elementy:

- ocena stopnia uzależnienia (kwestionariusz Fagerströma);
- ocena stopnia motywacji do porzucenia nałogu (w oparciu o test Schneidera);
- zapewnienie pacjentom, chcącym zaprzestać palenia tytoniu lub korzystania z wyrobów nikotynowych, poradnictwa w przedmiotowym zakresie;
- poinformowanie osób, które zdecydują się na zaprzestanie palenia lub korzystania z wyrobów nikotynowych, o możliwości stosowania dostępnej farmakoterapii wspomagającej proces rzucania nałogu;
- skierowanie osób uzależnionych do wyspecjalizowanych ośrodków i poradni zajmujących się leczeniem uzależnień od nikotyny.

Dopuszczone jest również przeprowadzenie krótkiej porady antynikotynowej – tzw. minimalnej interwencji antynikotynowej z zastosowaniem zestawu pięciu pytań opisanych jako zasada „5P”.

W przypadku osób, u których stwierdzono wysoki poziom spożycia alkoholu, zaleca się przeprowadzenie krótkiej rozmowy uwzględniającej podejście VBA (ang. very brief advice), z zastosowaniem trzech pytań: zapytaj (ang. ask), doradź (ang. advise), działaj (ang. act) – w kontekście uzależnienia od alkoholu.

6. Test wiedzy „Post”.

7. Podsumowanie wizyty diagnostycznej, zawierające zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania, wraz ze skierowaniem do POZ lub Poradni onkologicznej lub ewentualnego skierowania do innych lekarzy specjalistów w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego (NFZ).

8. Wypełnienie ankiety satysfakcji.

Świadczenia zdrowotne udzielane podczas wizyty diagnostycznej z edukacją zdrowotną zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

W celu zwiększenia zgłaszalności uczestników do Programu wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną może być opcjonalnie / dodatkowo realizowana poza siedzibą realizatora w pomieszczeniach spełniających wymogi zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie warunków lokalowych i sprzętowych.

Powyższe działanie umożliwi dotarcie do większej liczby potencjalnych uczestników PPZ z terenu Powiatu Wrocławskiego i pozwoli na realizację wizyty diagnostycznej z edukacją zdrowotną w różnych gminach Powiatu Wrocławskiego, jak najbliżej miejsca zamieszkania uczestnika PPZ.

3.4. Sposób zakończenia udziału w Programie Polityki Zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, które uczestniczyły w edukacji realizowanej w ramach działań informacyjno – edukacyjnych, udział w PPZ kończy się po ukończeniu tego etapu PPZ i wypełnieniu post-testu,
- w przypadku osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, ich udział w programie kończy się po ukończeniu tego etapu PPZ i wypełnieniu post-testu,
- w przypadku osób, u których podczas wizyty diagnostycznej wstępnie rozpoznano nowotwór w obrębie głowy i szyi, ich udział kończy się wraz z zakończeniem udziału w edukacji zdrowotnej w ramach etapu PPZ „wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną”,
- w przypadku osób, u których podczas wizyty diagnostycznej nie rozpoznano nowotworu w obrębie głowy i szyi, ich udział kończy się wraz z zakończeniem udziału w edukacji zdrowotnej w ramach etapu „wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną”,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ – w formie pisemnej rezygnacji,
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w Programie Polityki Zdrowotnej każdemu z uczestników przekazane zostaną zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania, wraz z ewentualnym skierowaniem do POZ lub poradni onkologicznej w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego (NFZ).

4. Organizacja Programu Polityki Zdrowotnej

4.1. Etapy Programu Polityki Zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

1. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48-48aa ust. 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
2. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert, w celu wyboru jego realizatora (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatora lub realizatorów.
5. Przeprowadzenie przez realizatora, przy wsparciu Starostwa Powiatowego we Wrocławiu, działań informacyjno-promocyjnych dla populacji ogólnej osób dorosłych.
6. Przeprowadzenie opisanych w projekcie etapów PPZ.
7. Bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
8. Zakończenie realizacji PPZ.
9. Rozliczenie finansowania PPZ.
10. Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

Wybór realizatora na podstawie kryteriów konkursowych:

Realizatorem może być zarówno podmiot posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i podmiot nieposiadający takiej umowy, pod warunkiem spełnienia wymagań określonych w dokumentacji konkursowej oraz zapewnienia odpowiednich warunków organizacyjnych, kadrowych i technicznych niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu.

Po przyjęciu przedmiotowego Programu Polityki Zdrowotnej w formie uchwały przez Radę Powiatu Wrocławskiego, Zarząd Powiatu Wrocławskiego wyłoni realizatora/ realizatorów w trybie konkursu ofert. Wyboru oferenta dokona powołana do tego celu Komisja Konkursowa. Z wybranym realizatorem Programu zostanie podpisana umowa, w której określone będą warunki składania sprawozdań oraz warunki płatności za wykonane interwencje.

Konkurs na realizatora/ realizatorów Programu będzie ogłoszony w pierwszym roku realizacji. W następnych latach realizacji Programu Powiat Wrocławski dopuszcza możliwość zwiększenia budżetu Programu, jest to jednak uzależnione od możliwości budżetowych powiatu.

Tabela 11. Planowany harmonogram opracowania, wdrożenia i realizacji Programu (do końca 2028 roku)

Działanie	Kto	Czas realizacji	Termin realizacji
1. Decyzja o przyjęciu do realizacji Programu	Rada Powiatu Wrocławskiego	-	Wrzesień 2026
2. Przygotowanie i ogłoszenie konkursu na wybór realizatora/realizatorów PPZ	Zarząd Powiatu Wrocławskiego	6 tyg.	Wrzesień/ październik 2026
3. Składanie ofert konkursowych	Realizatorzy	4 tyg.	Październik 2026
4. Wyłonienie realizatora /realizatorów - podpisywanie umowy	Zarząd Powiatu Wrocławskiego	4 tyg.	Październik 2026
5. Przeprowadzenie: działań informacyjno - promocyjnych	Realizator	Na bieżąco	Listopad 2026 -Grudzień 2028
6. Prowadzenie szkolenia dla personelu medycznego	Realizator	Na bieżąco	Listopad 2026 - Grudzień 2028
7. Przeprowadzenie: działań informacyjno - edukacyjnych			
8. Przeprowadzenie wizyt diagnostycznych z edukacją zdrowotną	Realizator	Na bieżąco	Listopad 2026 - Grudzień 2028
9. Przekazanie sprawozdań miesięcznych z realizacji PPZ	Realizator	Na bieżąco, kwartału	Listopad 2026 - Grudzień 2028
10. Przekazanie rocznych sprawozdań końcowych	Realizator	Na bieżąco	Po zakończeniu danego roku realizacji
11. Przekazanie raportu końcowego PPZ do AOTMiT oraz zamieszczenie jego treści na BIP Starostwa Powiatowego we Wrocławiu	Zarząd Powiatu Wrocławskiego	Po zakończeniu realizacji Programu	Po zakończeniu realizacji Programu

Przyjęty harmonogram ma charakter orientacyjny. Planowany Program będzie realizowany w latach 2026 - 2028 (zakończony zostanie do końca 2028 roku), ale daty poszczególnych działań mogą ulec zmianom.

4.2. Warunki realizacji Programu Polityki Zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Świadczenia w postaci wykonania działań opisanych w Programie otrzyma każda osoba, która została zakwalifikowana do Programu. W ramach Programu działania będą udzielane nieodpłatnie przez realizatora. Program będzie realizowany przez podmiot lub podmioty lecznicze, , które zostaną wybrane do realizacji Programu w drodze konkursu.

Realizatorem Programu zostanie podmiot, który zagwarantuje bezpieczeństwo planowanych działań pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w tym w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy lekarskiej. Działania będą prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, sprawdzone klinicznie, a prowadzone w Programie badania będą odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.

Materiały informacyjno-edukacyjne, w tym materiały promocyjne, edukacyjne, testy wiedzy, ankiety satysfakcji, dokumenty programowe, będą kosztem realizatora.

Schorzenia wykryte podczas uczestnictwa w Programie, będą realizowane w ramach procedur finansowanych przez NFZ, na odrębnych wizytach lekarskich, poza Programem .

Realizator będzie miał na uwadze, że w Programie uczestniczą również osoby w wieku aktywności zawodowej, w związku z tym należy ustalać terminy wizyt diagnostycznej z edukacją zdrowotną dla każdego uczestnika (również godziny popołudniowe oraz weekend).

W ramach organizacji warunków dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych Realizator jest zobowiązany stosować obowiązujące przepisy prawa w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Działania w ramach Programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania w Programie ze sprzętu, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty. Ponadto, każdy realizator musi spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych, w szczególności:

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność.

Zaplecze lokalowe, pomieszczenia, w których będzie realizowany Program m.in.:

- gabinety lekarskie, w liczbie umożliwiającej realizację Programu,
- pomieszczenia do realizacji edukacji zdrowotnej (dopuszcza się realizację tego działania i poza siedzibą podmiotu),
- pomieszczenia do realizacji szkoleń dla personelu medycznego.

Dodatkowe elementy realizacji Programu:

- dostępność do realizowanych działań w godzinach dostosowanych do pracy zawodowej uczestników: również godziny popołudniowe, weekendy. Uczestnik Programu powinien zostać przyjęty w ramach osobnej rejestracji wizyt.
- ułatwienie kontaktu uczestnikom drogą mailową oraz telefoniczną.

Informacja na temat przeprowadzonych działań w ramach wizyty diagnostycznej z edukacją zdrowotną zostanie umieszczona w dokumentacji medycznej uczestnika PPZ oraz powinna być przekazana w formie pisemnej uczestnikowi PPZ. Należy odnotować datę i godzinę wizyty, jego wynik oraz umieścić podpis osoby przeprowadzającej wizytę.

Dodatkowo, w formularzu przystąpienia do Programu uczestnicy proszeni będą o dobrowolne przekazanie swoich danych kontaktowych (e-mail, nr telefonu) oraz wyrażenie zgody na kontakt ze strony realizatora Programu w celu wykorzystanie danych w celach statystycznych podczas ewaluacji Programu.

Tabela 12. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu realizatora

<i>Etap PPZ</i>	<i>Kwalifikacje personelu</i>
<i>Działania informacyjno-edukacyjne</i>	Lekarz, pielęgniarka, profilaktyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w trakcie szkolenia dla personelu medycznego w ramach PPZ. Wymagane będzie udokumentowanie posiadanego doświadczenia i kwalifikacji do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych.
<i>Szkolenia personelu medycznego</i>	Lekarz posiadający specjalizację w zakresie otolaryngologii oraz 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.
<i>Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną</i>	<i>Wizyta diagnostyczna</i> • Lekarz posiadający specjalizację w zakresie otolaryngologii oraz doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów głowy i szyi lub • Lekarz posiadający specjalizację w zakresie otolaryngologii po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ szkolenia dla personelu medycznego <i>Edukacja zdrowotna</i> Lekarz, pielęgniarka, higienistka stomatologiczna lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na modyfikację stylu życia, np. uzyskany w trakcie szkolenia dla personelu medycznego prowadzonego w ramach PPZ. Wymagane będzie udokumentowanie posiadanego doświadczenia i kwalifikacji do realizacji edukacji zdrowotnej.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu Polityki Zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

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

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w Programie,
- liczba osób zakwalifikowanych do Programu,
- liczba osób, które nie zostały objęte Programem, wraz ze wskazaniem powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w Programie, ze wskazaniem przyczyn;
- liczba osób, które zakończyły udział w Programie zgodnie z zaplanowaną dla nich ścieżką,
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym w ramach etapu „działania informacyjno-edukacyjne”,
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostycznej w ramach etapu „wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną”;
- liczba osób, które wzięły udział w edukacji zdrowotnej w ramach etapu „wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną”.
 - liczba osób ze wstępnie rozpoznany nowotworem w obrębie głowy i szyi;
 - liczba osób ze wstępnie rozpoznany nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie poza programem;
 - liczba osób wyrażających chęć do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania korzystania z wyrobów nikotynowych (w oparciu o test Schneidera).

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).

Dane są zbierane przez realizatora (w formie papierowej lub elektronicznej). Mogą zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu Programu. Rejestr zgłoszeń do

Programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych, po uzyskaniu zgody uczestnika PPZ. Administratorem danych osobowych osób zgłaszających się do Programu jest podmiot realizujący program. Każdy uczestnik Programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do realizatora Programu w zakresie przebiegu realizowanych działań oraz będzie mógł wyrazić swoją opinię na temat Programu.

Monitoring Programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

1. oceny zgłaszalności do Programu,
2. oceny jakości świadczeń przewidzianych w Programie (ankieta satysfakcji),
3. oceny efektywności Programu.

W ramach monitoringu realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

1. Sprawozdanie z wykonania świadczeń w ramach Programu – zgodnie z treścią wzoru sprawozdania miesięcznego stanowiącego załącznik do umowy z realizatorem..
2. Informacji o ilości zebranych ankiet satysfakcji uczestników programu – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej załącznik nr 1 do Programu.

Sprawozdanie miesięczne może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które realizator uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

5.2. Ocena jakości świadczeń w Programie

Jakość realizowanych działań oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników Programu (w zakresie sposobu zapraszania, poziomu edukacji i przekazu wiedzy, obsługi uczestnika PPZ przez realizatora). Ankieta może być prowadzona w formie papierowej lub w formie elektronicznej. Każdy uczestnik Programu zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po:

1. udzieleniu uczestnikowi wszystkich działań, w których uczestniczył,
2. rezygnacji z dalszego udziału w Programie,
3. wykluczeniu z dalszego udziału w Programie.

Zbiorcza analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników Programu musi zawierać:

1. liczbę uczestników Programu biorących udział w badaniu satysfakcji,
2. liczbę analizowanych ankiet satysfakcji uczestników PPZ ,
3. informację jaki procent wszystkich udzielonych odpowiedzi na dane pytanie stanowią odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Zbiorcza analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników Programu w tym kadry medycznej uczestniczącej w szkoleniach w ramach Programu, powinna zawierać wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych. Analiza wyników ankiet może zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne. Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników Programu. Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

Zbiorczą analizę wyników oceny jakości świadczeń z realizacji działań w tym szkoleń dla kadry medycznej realizator zobowiązany jest przedstawić w rocznym raporcie końcowym.

5.3. Ewaluacja

Ewaluacja Programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników efektywności przedstawionych w podrozdziale 2.3 „Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej”.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ.

Ewaluacja może zawierać także dodatkowe elementy, które wpłynęły na sposób realizacji Programu. Wszystkie elementy zmodyfikowane w ramach Programu powinny być ujęte też w sprawozdaniach miesięcznych. Realizator jest zobowiązany do przygotowania raportu ewaluacyjnego, który będzie zawierał m.in. zbiorcze wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem za okres realizacji PPZ (lata 2026-2028) oraz co najmniej:

- odsetek osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi,
- odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestniczących w szkoleniach dla tej grupy, które wypełniły pre-test;
- odsetek osób ze wstępnie rozpoznany nowotworem w obrębie głowy i szyi;
- odsetek osób ze wstępnie rozpoznany nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie poza programem;
- odsetek osób wyrażających chęć do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania korzystania z wyrobów nikotynowych (w oparciu o test Schneidera).

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 (z podziałem na poszczególne grupy wiekowe);
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia (z podziałem na poszczególne grupy wiekowe).

5.4. Raport końcowy z realizacji Programu Polityki Zdrowotnej do AOTMiT

Po zakończeniu realizacji Programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki Zdrowotnej. Raport końcowy przygotuje Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego we Wrocławiu. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie m.in. sprawozdań rocznych oraz raportu ewaluacyjnego oraz innych danych otrzymanych od realizatorów Programu.

6. Budżet Programu Polityki Zdrowotnej

6.1. Koszty jednostkowe

Budżet PPZ powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia działań informacyjno-promocyjnych
- koszt przygotowania i przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych,
- koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego,
- koszt przeprowadzenia wizyty diagnostycznej z edukacją zdrowotną;
- koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w PPZ, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie projektu,
- koszt personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, prawna w tym dotycząca zamówień na potrzeby funkcjonowania PPZ).

W tabelach poniżej wymieniono poszczególne elementy Programu, niezbędne do oszacowania kosztu jednostkowego i całkowitego realizacji Programu.

Budżet roczny – koszty jednostkowe, rok 2026

Lp.	Działanie	Liczba jedn.	Jedn. miary	Koszt jedn.	Suma kosztów
Koszty pośrednie					
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w PPZ, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowania projektu	2	miesiąc	1 500,00 zł	3 000,00 zł
2	Koszty personelu obsługowego (obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, prawna dotycząca zamówień na potrzeby funkcjonowania PPZ)	2	miesiąc	750,00 zł	1 500,00 zł
3	Koszty przygotowania i przeprowadzenia działań informacyjno-promocyjnych PPZ (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, druk plakatów, ulotek, tworzenie treści na stronę internetową i inne niezbędne do realizacji PPZ)	1	zadanie	8 000,00 zł	8 000,00 zł
Razem pośrednie					12 500 zł
Koszty bezpośrednie					

4	Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego	1	szkolenie	3 000,00 zł	3 000,00 zł
5	Koszt przeprowadzenia kwalifikacji uczestnika do Programu	45	osoba	15,00 zł	675,00 zł
6	Koszt przeprowadzenia etapu „Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną”	30	osoba	370,00 zł	11 100,00 zł
Razem bezpośrednie					14 775,00 zł
RAZEM					27 275,00 zł

Budżet roczny – koszty jednostkowe, rok 2027

Lp.	Działanie	Liczba jedn.	Jedn. miary	Koszt jednostkowy	Suma kosztów
Koszty pośrednie					
1	Koszty administracyjne personelu PPZ	12	miesiąc	1 500,00 zł	18 000,00 zł
2	Koszty personelu obsługowego	12	miesiąc	750,00 zł	9 000,00 zł
3	Koszty przygotowania i przeprowadzenia działań informacyjno-promocyjnych PPZ (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, druk plakatów, ulotek, tworzenie treści na stronę internetową i inne niezbędne do realizacji PPZ)	1	zadanie	12 000,00 zł	12 000,00 zł
Razem pośrednie					39 000,00 zł
Koszty bezpośrednie					
4	Szkolenia personelu medycznego	2	szkolenie	3 000,00 zł	6 000,00 zł
5	Działania informacyjno-edukacyjne	1	zadanie	15 000,00 zł	15 000,00 zł
6	Kwalifikacja beneficjenta	600	osoba	15,00 zł	9 000,00 zł
7	Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną	300	osoba	370,00 zł	110 000,00 zł
8	Koszt przeprowadzenia etapu „Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną” - konsultacja przeprowadzona w terenie, poza siedzibą Realizatora	100	osoba	500,00 zł	50 000,00 zł
Razem bezpośrednie					191 000,00 zł
RAZEM					230 000,00 zł

Budżet roczny – koszty jednostkowe, rok 2028

Lp.	Działanie	Liczba jedn.	Jedn. miary	Koszt jednostkowy	Suma kosztów
Koszty pośrednie					
1	Koszty administracyjne personelu PPZ	12	miesiąc	1 500,00 zł	18 000,00 zł
2	Koszty personelu obsługowego	12	miesiąc	750,00 zł	9 000,00 zł
3	Koszty przygotowania i przeprowadzenia działań informacyjno-promocyjnych PPZ (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, druk plakatów, ulotek, tworzenie treści na stronę internetową i inne niezbędne do realizacji PPZ)	1	zadanie	10 000,00 zł	10 000,00 zł
Razem pośrednie					37 000,00 zł
Koszty bezpośrednie					
4	Szkolenia personelu medycznego	3	szkolenie	3 000,00 zł	9 000,00 zł
5	Działania informacyjno-edukacyjne	1	zadanie	15 000,00 zł	15 000,00 zł
6	Kwalifikacja beneficjenta	600	osoba	15,00 zł	9 000,00 zł
7	Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną	300	osoba	370,00 zł	111 000,00 zł
8	Koszt przeprowadzenia etapu „Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną” - konsultacja przeprowadzona w terenie, poza siedzibą Realizatora	100	osoba	500,00	50 000,00 zł
Razem bezpośrednie					
RAZEM					231 000,00 zł

6.2. Koszty łączne

Łączny budżet Programu lata 2026 - 2028		
Lp.	rok realizacji	kwota brutto
1	rok 2026	27 275,00 zł
2	rok 2027	230 000,00 zł
3	rok 2028	231 000,00 zł
SUMA		488 275,00 zł

Koszt uczestnictwa na 1 osobę/ uczestnika PPZ (obejmujący wszystkie interwencje oraz koszty pośrednie) w programie wyniesie 588,28 zł łącznie. W przypadku dużego zainteresowania programem i dużej liczby chętnych do udziału w nim Powiat Wrocławski może podjąć decyzję o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację Programu, uwzględniając posiadane środki finansowe.

6.3. Koszty całkowite

Okres realizacji Programu został zaplanowany na lata 2026-2028. Planowany budżet programu został określony w wysokości 488 275 zł.

6.4. Źródła finansowania

Program sfinansowany zostanie z budżetu Powiatu Wrocławskiego. W przypadku posiadania dodatkowych środków finansowych w budżecie Powiatu Wrocławskiego, budżet Programu może zostać zwiększony.

Dopuszcza się możliwość dofinansowania kosztów działań realizowanych w Programie z innych ewentualnych źródeł pozyskanych przez Powiat Wrocławski zgodnie z odrębnymi przepisami prawa.

7. Piśmiennictwo

1. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (2020). Head and Neck Cancer Screening and Prevention.
2. ASCO (2019). Cancer.Net's Guide to Head and Neck Cancer. Pozyskano z: <https://www.cancer.net/cancer-types/head-and-neck-cancer>, dostęp z 28.08.2020
3. Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp z 03.12.2025
4. Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Podstawowa Opieka Zdrowotna. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, dostęp z 03.12.2025
5. Essat M., Cooper K., Bessey A. et al. (2022). Diagnostic accuracy of conventional oral examination for detecting oral cavity cancer and potentially malignant disorders in patients with clinically evident oral lesions: Systematic review and meta-analysis. *Head Neck*, 44(4): 998–1013.
6. 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.
7. Gupta A.A., Kheur S., Varadarajan S. et al. (2021). Chronic mechanical irritation and oral squamous cell carcinoma: A systematic review and meta-analysis. *Bosn. J. Basic Med. Sci.* 21(6): 647–658.
8. Head and Neck Cancer Australia & Australian Government Cancer Australia (2025). Optimal Care Pathway. Pozyskano z: <https://optimalcarepathways.com.au/ocp-hnc-pathways/>, dostęp z 05.11.2025
9. Heller M.A., Nyirjesy S.C., Balsiger R. et al. (2023). Modifiable risk factors for oral cavity cancer in non-smokers: A systematic review and meta-analysis. *Oral Oncol.* 137: 106300.
10. <https://onkologia.org.pl/pl>
11. <https://www.polskawliczbach.pl/>
12. International Agency for Research on Cancer (2023). Oral cancer prevention. IARC Handbook Cancer Prevention. Pozyskano z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK611817/pdf/Bookshelf_NBK611817.pdf, dostęp z 05.11.2025
13. Jun S., Park H., Kim U.J. et al. (2024). The Combined Effects of Alcohol Consumption and Smoking on Cancer Risk by Exposure Level: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Korean Med. Sci.* 39(22): e185.
14. 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.
15. Khalifeh M., Ginex P., Boffetta P. et al. (2024). Reduction of head and neck cancer risk following smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 14(8): e074723.

16. Kim D.H., Kim S.W., Hwang S.H. et al. (2021). Efficacy of non-invasive diagnostic methods in the diagnosis and screening of oral cancer and precancer. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 88(6): 937–947.
17. Kim D.H., Kim Y., Kim S.W. et al. (2020). Use of narrowband imaging for the diagnosis and screening of laryngeal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Head Neck*, 42(9): 2635–2643.
18. Krajowy Rejestr Nowotworów (2024). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-02/Nowotwory_2022.pdf, dostęp z 04.11.2025
19. Krajowy Rejestr Nowotworów (2025). Nowotwory narządów głowy i szyi. Pozyskano z: <https://onkologia.org.pl/pl/nowotwory-narzadow-glowy-i-szyi-czym-sa#page-main-image>, dostęp z 03.12.2025
20. Krajowy Rejestr Nowotworów (2025). Raporty. Przeżycia. Pozyskano z: <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>, dostęp z 04.11.2025
21. Krajowy Rejestr Nowotworów (2025). Raporty. Zachorowania/Zgony. Pozyskano z: <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>, dostęp z 04.11.2025
22. Li J., Kot W.Y., McGrath C.P. et al. (2024). Diagnostic accuracy of artificial intelligence assisted clinical imaging in the detection of oral potentially malignant disorders and oral cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Surg.* 110(8): 5034–5046.
23. 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.
24. Mariano L.C., Warnakulasuriya S., Straif K. et al. (2022). Secondhand smoke exposure and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Tob. Control.* 31(5): 597–607.
25. 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.
26. Ministerstwo Zdrowia (2016). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. 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.). Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160000357>, dostęp z 03.12.2025
27. Ministerstwo Zdrowia (2020). Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (ogłoszenia archiwalne). Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych>, dostęp z 03.12.2025
28. Ministerstwo Zdrowia (2025). Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac). Pozyskano z: (za Raport nr: DPPZ.434.5.2025, 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) <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11>, dostęp z 31.10.2025 , nr 1

29. Mohebbi E., Alimoradi Z., Rozek L.S. et al. (2024). Risk of head and neck cancer among opium users. *Arch. Oral Biol.* 157: 105846.
30. 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/cancer-types/head-neck-cancer/health-professionals>, dostęp z 26.08.2020
31. National Cancer Institute (2021). Head and Neck Cancers. Pozyskano z: <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet>, dostęp z 05.11.2025
32. National Cancer Institute (2025). Oral Cavity and Nasopharyngeal Cancers Screening (PDQ®)–Health Professional Version. Pozyskano z: <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/hp/oral-screening-pdq>, dostęp z 05.11.2025
33. National Health Service (2025). Guidance. Chapter 2: summary guidance tables for dental teams. Prevention of oral cancer. Pozyskano z: <https://www.gov.uk/government/publications/delivering-better-oral-health-an-evidence-based-toolkit-for-prevention/chapter-2-summary-guidance-tables-for-dental-teams#prevention-of-oral-cancer>, dostęp z 07.11.2025
34. 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.
35. NICE (2016). Suspected cancer. Quality standard [QS124]. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs124/chapter/Introduction>, dostęp z 27.08.2020
36. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz.U. 2021 poz. 69)
37. Opinia Rady Przejrzystości nr 210/2025 z dnia 1 grudnia 2025 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
38. Possenti I., Martini A., Bagnardi V. et al. (2025). Association between cigarette smoking and nasopharyngeal cancer risk: a meta-analysis. *Rhinology*, 63(1): 13–21.
39. Program Edukacji Onkologicznej (2025). Pozyskano z: <https://www.programedukacionkologicznej.pl/o-nas>
40. Raport nr: DPPZ.434.5.2025 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi”: listopad 2025
41. 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.
42. Rejestr Systemów Kodowania (2025). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa. Pozyskano z: <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details>, dostęp z 31.10.2025

43. Rekomendacja nr 14/2020 z dnia 15 grudnia 2020 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. https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/14_2020.pdf
44. Rekomendacja nr 190/2025 z dnia 15 grudnia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi. https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2025/REK/Rekomendacja%20190_2025%2048aa%20nowotwory%20głowy%20i%20szyi.pdf
45. Rezapour M., Rezapour H.A., Chegeni M. et al. (2021). Exposure to cadmium and head and neck cancers: a meta-analysis of observational studies. *Rev Environ Health*, 36(4): 577–584.
46. Ribeiro M.F.A., Oliveira M.C.M., Leite A.C. et al. (2022). Assessment of screening programs as a strategy for early detection of oral cancer: a systematic review. *Oral Oncol.* 130:105936.
47. 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.
48. Shaw A.K., Garcha V., Shetty V. et al. (2022). Diagnostic Accuracy of Salivary Biomarkers in Detecting Early Oral Squamous Cell Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 23(5): 1483–1495.
49. Shrivastava R., Gupta A., Mehta N. et al. (2024). Dietary patterns and risk of oral and oropharyngeal cancers: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol.* 93: 102650.
50. Sulaiman D., Lohiya A., Rizwan S.A. et al. (2022). Diagnostic Accuracy of Screening of Lip and Oral Cavity Cancers or Potentially Malignant Disorders (PMD) by Frontline Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 23(12): 3983–3991.
51. Szczeklik, A., & Gajewski, P. (2018). Interna Szczeklika 2018. *Medycyna Praktyczna*.
52. Tayebi-Hillali H., Lorenzo-Pouso A.I., Marichalar-Mendía X. et al. (2025). Accuracy of Cytological Methods in Early Detection of Oral Squamous Cell Carcinoma and Potentially Malignant Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Oral Pathol. Med.* 54(7): 507–527.
53. Thankappan K., Subramanian S., Balasubramanian D. et al. (2021). Cost-effectiveness of oral cancer screening approaches by visual examination: Systematic review. *Head Neck*, 43(11): 3646–3661.
54. United States Preventive Services Task Force (2023). Final Recommendation Statement. Oral Cancer: Screening. Pozyskano z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/oral-cancer-screening>, dostęp z 05.11.2025

55. Wang Y., Koh K.K., Chua E. et al. (2024). The association between chronic sinonasal inflammation and nasopharyngeal carcinoma - A systematic review and meta-analysis. *Am. J. Otolaryngol.* 45(2): 104206.
56. Zalaquett N., Lidoriki I., Lampou M. et al. (2025). Adherence to the Mediterranean Diet and the Risk of Head and Neck Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case-Control Studies. *Nutrients*, 17(2): 287.

8. Załączniki

8.1. Załącznik 1 – Ankieta satysfakcji- wzór

Szanowni Państwo,

Poniższa anonimowa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii oraz uwag na temat Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2026-2028.

Uprzejmie prosimy o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X. Państwa odpowiedzi pozwolą na udoskonalenie realizowanego Programu w kolejnych edycjach.

1. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w Programie?				
Zdecydowanie TAK	TAK	trudno powiedzieć	NIE	Zdecydowanie NIE
☐	☐	☐	☐	☐
2. Czy poleciłby/poleciłaby Pan/Pani uczestnictwo w Programie innym osobom?				
Zdecydowanie TAK	TAK	trudno powiedzieć	NIE	Zdecydowanie NIE
☐	☐	☐	☐	☐
3. Czy w przyszłości wzięłby/wzięłaby Pan/Pani udział w podobnym Programie?				
Zdecydowanie TAK	TAK	trudno powiedzieć	NIE	Zdecydowanie NIE
☐	☐	☐	☐	☐
4. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z działań informacyjno-edukacyjnych przeprowadzonych podczas trwania Programu?				
Zdecydowanie TAK	TAK	trudno powiedzieć	NIE	Zdecydowanie NIE
☐	☐	☐	☐	☐
5. Czy przed wzięciem udziału w Programie posiadał/a Pan/Pani wiedzę na temat profilaktyki i diagnostyki nowotworów głowy i szyi?				
Zdecydowanie TAK	TAK	trudno powiedzieć	NIE	Zdecydowanie NIE
☐	☐	☐	☐	☐
6. Czy dzięki otrzymanym materiałom edukacyjnym zwiększył/a Pan/Pani swoją wiedzę na temat profilaktyki i diagnostyki nowotworów głowy i szyi?				
Zdecydowanie TAK	TAK	trudno powiedzieć	NIE	Zdecydowanie NIE
☐	☐	☐	☐	☐

--	--	--	--	--

7. Jak oceniają Państwo wiedzę i kompetencje osoby/osób realizujących Program?				
Bardzo nisko	nisko	trudno powiedzieć	wysoko	Bardzo wysoko
8. Czy otrzymali Państwo odpowiedzi na wszystkie pytania w ramach realizacji Programu?				
Zdecydowanie TAK	TAK	trudno powiedzieć	NIE	Zdecydowanie NIE
9. Jak oceniają Państwo organizację Programu (w skali od 0 do 10 – bardzo wysoko)				
Wpisz liczbę punktów				

Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości zgłoszenia się do Programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- ☐ z podmiotu leczniczego (szpitala, przychodni),
- ☐ od lekarza rodzinnego/pielęgniarki,
- ☐ z Internetu,
- ☐ inne (jakie?)

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

8.2. Załącznik 2 – Test wiedzy PRE/ POST dla uczestników – wizyty diagnostycznej z edukacją zdrowotną (wersja A)

Instrukcja: Proszę zaznaczyć jedną prawidłową odpowiedź.

1. Który z poniższych czynników najbardziej zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi?

- ☐ A. Regularna aktywność fizyczna
 - ☐ B. Palenie tytoniu
 - ☐ C. Picie dużej ilości wody
 - ☐ D. Spożywanie warzyw i owoców
-

2. Które połączenie czynników ryzyka jest szczególnie niebezpieczne?

- ☐ A. Palenie tytoniu i nadciśnienie tętnicze
 - ☐ B. Palenie tytoniu i częste spożywanie alkoholu
 - ☐ C. Otyłość i siedzący tryb życia
 - ☐ D. Niedobór witaminy D i stres
-

3. Który z poniższych objawów utrzymujący się dłużej niż 3 tygodnie powinien skłonić do konsultacji lekarskiej?

- ☐ A. Krótkotrwały katar
 - ☐ B. Chrypka lub ból gardła utrzymujące się mimo leczenia
 - ☐ C. Jednodniowy ból głowy
 - ☐ D. Przejściowy ból mięśni
-

4. Który z wymienionych objawów może być wczesnym objawem nowotworu głowy i szyi?

- ☐ A. Niegojące się owrzodzenie w jamie ustnej
 - ☐ B. Ból kolana
 - ☐ C. Zgaga po obfitym posiłku
 - ☐ D. Swędzenie skóry dłoni
-

5. Zakażenie którym wirusem zwiększa ryzyko rozwoju części nowotworów głowy i szyi?

- ☐ A. Wirusem grypy

- ☐ B. Wirusem HPV
 - ☐ C. Wirusem RSV
 - ☐ D. Wirusem ospy wietrznej
-

6. Co należy zrobić po zauważeniu utrzymujących się objawów alarmowych (np. chrypki, trudności w połykaniu, guzka na szyi)?

- ☐ A. Odczekać kilka miesięcy
 - ☐ B. Stosować wyłącznie domowe sposoby leczenia
 - ☐ C. Zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub laryngologa
 - ☐ D. Rozpocząć samodzielnie antybiotykoterapię
-

7. Dlaczego wczesne wykrycie nowotworów głowy i szyi jest tak ważne?

- ☐ A. Ponieważ zmniejsza ryzyko przeżyć
 - ☐ B. Ponieważ zwiększa szanse skutecznego leczenia i ogranicza rozległość terapii
 - ☐ C. Ponieważ eliminuje konieczność wszystkich badań
 - ☐ D. Ponieważ zawsze pozwala uniknąć leczenia operacyjnego
-

8. Które zachowanie pomaga zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi?

- ☐ A. Niepalenie tytoniu i ograniczenie spożycia alkoholu
- ☐ B. Przyjmowanie antybiotyków profilaktycznie
- ☐ C. Stosowanie suplementów diety bez zaleceń lekarza
- ☐ D. Unikanie wizyt u lekarza

Klucz odpowiedzi:

B; B; B; A; B; C; B; A

8.3. Załącznik 3 – Test wiedzy PRE/ POST dla uczestników wizyty diagnostycznej z edukacją zdrowotną (wersja B)

Instrukcja: Proszę zaznaczyć jedną prawidłową odpowiedź.

1. Kiedy objawy ze strony jamy ustnej, gardła lub krtani powinny skłonić do pilnej konsultacji lekarskiej?

- ☐ A. Gdy utrzymują się dłużej niż 3 tygodnie.
 - ☐ B. Dopiero po 6 miesiącach.
 - ☐ C. Wyłącznie wtedy, gdy pojawi się gorączka.
 - ☐ D. Tylko wtedy, gdy utrudniają jedzenie.
-

2. Który z poniższych objawów jest objawem alarmowym nowotworów głowy i szyi?

- ☐ A. Nawracająca zgaga.
 - ☐ B. Niegojące się owrzodzenie lub rana w jamie ustnej.
 - ☐ C. Krótkotrwały ból mięśni.
 - ☐ D. Katar alergiczny.
-

3. Który z poniższych objawów również może świadczyć o rozwijającym się nowotworze głowy i szyi?

- ☐ A. Powiększony guzek na szyi.
 - ☐ B. Ból kolana.
 - ☐ C. Skurcze łydek.
 - ☐ D. Świąd skóry.
-

4. Co należy zrobić, gdy chrypka utrzymuje się ponad 3 tygodnie?

- ☐ A. Czekać, aż ustąpi samoistnie.
- ☐ B. Zgłosić się do lekarza POZ lub laryngologa.

- ☐ C. Rozpocząć samodzielnie antybiotykoterapię.
 - ☐ D. Ograniczyć mówienie przez kilka miesięcy.
-

5. Który z wymienionych czynników najbardziej zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi?

- ☐ A. Palenie tytoniu.
 - ☐ B. Picie kawy.
 - ☐ C. Praca siedząca.
 - ☐ D. Noszenie okularów.
-

6. Jakie połączenie czynników ryzyka szczególnie zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania?

- ☐ A. Palenie tytoniu i częste spożywanie alkoholu.
 - ☐ B. Nadciśnienie i cukrzyca.
 - ☐ C. Otyłość i krótkowzroczność.
 - ☐ D. Mała aktywność fizyczna i bezsenność.
-

7. Które stwierdzenie jest prawdziwe?

- ☐ A. Wczesne wykrycie nowotworu zwiększa szanse skutecznego leczenia.
 - ☐ B. Nowotwory głowy i szyi zawsze powodują silny ból od początku choroby.
 - ☐ C. Jeżeli objawy nie bolą, nie wymagają konsultacji.
 - ☐ D. Badanie lekarskie nie ma znaczenia we wczesnym wykrywaniu.
-

8. Które z poniższych zachowań najlepiej zmniejsza ryzyko zachorowania?

- ☐ A. Niepalenie tytoniu, ograniczenie alkoholu i zgłaszanie się do lekarza w przypadku objawów alarmowych.
- ☐ B. Profilaktyczne stosowanie antybiotyków.
- ☐ C. Samodzielne leczenie wszystkich objawów dostępnymi lekami.

☐ D. Wizyty u lekarza wyłącznie wtedy, gdy występuje silny ból.

1. Klucz odpowiedzi: A; 2 B; 3 A; 4 B; 5 A; 6 A; 7 A; 8 A

8.4. Załącznik 4 – Test wiedzy PRE/ POST dla uczestników wizyty diagnostycznej z edukacją zdrowotną (wersja C)

Instrukcja: Proszę zaznaczyć jedną prawidłową odpowiedź.

1. Które z poniższych zachowań najbardziej zmniejsza ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi?

- ☐ A. Zaprzestanie palenia tytoniu i korzystania z wyrobów nikotynowych.
 - ☐ B. Regularne przyjmowanie suplementów diety.
 - ☐ C. Picie większej ilości kawy.
 - ☐ D. Unikanie aktywności fizycznej.
-

2. Spożywanie alkoholu:

- ☐ A. nie ma wpływu na ryzyko zachorowania.
 - ☐ B. zwiększa ryzyko zachorowania, szczególnie w połączeniu z paleniem tytoniu.
 - ☐ C. chroni przed nowotworami głowy i szyi.
 - ☐ D. zwiększa ryzyko wyłącznie u osób starszych.
-

3. Które z poniższych działań również pomaga zmniejszyć ryzyko zachorowania?

- ☐ A. Dbanie o higienę jamy ustnej oraz prawidłowo dopasowane protezy zębowe.
 - ☐ B. Samodzielne stosowanie antybiotyków.
 - ☐ C. Stosowanie wyłącznie płynów do płukania jamy ustnej.
 - ☐ D. Leczenie wyłącznie domowymi sposobami.
-

4. Który z poniższych czynników również zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi?

- ☐ A. Długotrwała ekspozycja na pył drzewny, azbest, nikiel lub pyły krzemionkowe.
 - ☐ B. Praca przy komputerze.
 - ☐ C. Krótkotrwałe przebywanie na świeżym powietrzu.
 - ☐ D. Regularna aktywność fizyczna.
-

5. Które z poniższych stwierdzeń jest prawdziwe?

☐ A. Ryzyko zachorowania można zmniejszyć poprzez niepalenie tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu, utrzymanie prawidłowej masy ciała, zdrową dietę, ograniczenie nadmiernej ekspozycji na promieniowanie UV oraz unikanie ryzykownych zachowań seksualnych.

☐ B. O sposobie zachorowania decydują wyłącznie predyspozycje genetyczne.

☐ C. Styl życia nie ma wpływu na ryzyko zachorowania.

☐ D. Profilaktyka nie zmniejsza ryzyka wystąpienia nowotworów.

6. Co oznacza zasada „1 przez 3” stosowana w profilaktyce nowotworów głowy i szyi?

☐ A. Jeden objaw utrzymujący się dłużej niż 3 tygodnie wymaga konsultacji lekarskiej.

☐ B. Trzy objawy muszą wystąpić jednocześnie.

☐ C. Badanie należy wykonywać raz na trzy lata.

☐ D. Objawy należy obserwować przez trzy miesiące.

7. Który z poniższych objawów jest objawem alarmowym nowotworów głowy i szyi?

☐ A. Chrypka utrzymująca się ponad 3 tygodnie.

☐ B. Katar trwający dwa dni.

☐ C. Jednodniowy ból gardła podczas przeziębienia.

☐ D. Ból mięśni po wysiłku.

8. Co należy zrobić, jeśli objaw alarmowy (np. chrypka, niegojące się owrzodzenie jamy ustnej, ból podczas połykania lub guzek na szyi) utrzymuje się dłużej niż 3 tygodnie?

☐ A. Począkać, aż ustąpi samoistnie.

☐ B. Zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub laryngologa.

☐ C. Rozpocząć samodzielne leczenie antybiotykiem.

☐ D. Szukać informacji wyłącznie w Internecie.

Klucz odpowiedzi:

A, B, A, A, A, A, A, B