



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

Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań informacyjno-edukacyjnych w populacji ogólnej ukierunkowanych na profilaktykę i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi, szkoleń dla personelu medycznego oraz wizyty diagnostycznej połączonej z edukacją zdrowotną u osób w wieku ≥ 35 lat z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi.

Prezes Agencji nie rekomenduje wykorzystywania w ramach programów polityki zdrowotnej innych technologii medycznych i działań, jak również odmiennych warunków realizacji niż uwzględnione w niniejszym dokumencie.

Uzasadnienie

Niniejsza rekomendacja stanowi aktualizację Rekomendacji nr 14/2020 z dnia 15 grudnia 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi, zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Nowotwory w obrębie głowy i szyi obejmują takie narządy jak: wargi, jama ustna, gardło (z podziałem na część nosową, ustną i krtańową), zatoki przynosowe, gruczoły wytwarzające ślinę, krtań czy ucho. Zdecydowana większość wszystkich nowotworów głowy i szyi (90%) stanowią raki płaskonabłonkowe. Palenie tytoniu oraz nadużywanie alkoholu są głównymi czynnikami ryzyka rozwoju tych nowotworów. Wśród innych czynników ryzyka wyróżnia się m.in. niedostateczną higienę jamy ustnej, mechaniczne drażnienie błon śluzowych, zakażenie wirusem Epsteina-Barr bądź zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Z kolei objawy mogą różnić się w zależności od umiejscowienia nowotworu, przy czym najczęściej obejmują one: ból, owrzodzenie, powiększone węzły chłonne szyi, obecność zmian przednowotworowych (leukoplakia, erytroplakia), zaburzenia oddychania czy połykania.

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, odnalezione dowody naukowe, opinie ekspertów klinicznych, obowiązujące przepisy prawa oraz dane epidemiologiczne dotyczące profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi, zaleca przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

- 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.

Zgodnie z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów, łączna liczba zachorowań na nowotwory głowy i szyi w Polsce w 2023 r. wyniosła 8 150 przypadków, w tym 6 032 u mężczyzn i 2 188 u kobiet. Największą liczbę zachorowań i najwyższy współczynnik zachorowalności odnotowano u mężczyzn

w grupie wiekowej 65-69 lat (1 253 przypadków; 110,71/100 tys.) oraz u kobiet w wieku 70-74 lat (397 przypadków; 33,03/100 tys.).

Od 2020 roku obserwowany jest stopniowy wzrost liczby udzielanych porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Dostępne dane epidemiologiczne, wytyczne praktyki klinicznej, opinie ekspertów oraz dowody naukowe wskazują na zasadność prowadzenia działań ukierunkowanych na profilaktykę nowotworów głowy i szyi oraz wczesnego wykrywania tych nowotworów u osób z grupy wysokiego ryzyka. Wskazuje się także znaczenie szkoleń dla personelu medycznego, w szczególności mającego pierwszy kontakt z pacjentem (m.in. lekarze rodzinni, stomatolodzy, laryngolodzy). Podkreśla się, że odpowiednio przeszkolony personel medyczny może w istotny sposób wpłynąć na skrócenie czasu od rozpoznania nowotworu do wdrożenia leczenia. Ponadto istotnym elementem profilaktyki nowotworów głowy i szyi jest edukacja ukierunkowana na modyfikację stylu życia, mającej na celu w szczególności wdrożenie działań zmniejszających ryzyko rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi bądź działań dążących do spowolnienia lub zatrzymania rozwoju tego nowotworu u osób z rozpoznanym już nowotworem.

Niniejsza rekomendacja obejmuje zarówno etapy realizowane przez podmiot wdrażający projekt programu polityki zdrowotnej, jak i te przeprowadzane przez jego realizatora. Szczegóły przedstawiono w dalszej części poświęconej warunkom realizacji programu.

1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Nowotwory w obrębie głowy i szyi obejmują takie narządy jak: wargi, jama ustna, gardło (z podziałem na część nosową, ustną i krtaniową), zatoki przynosowe, gruczoły wytwarzające ślinę, krtań czy ucho. Zdecydowaną większość wszystkich nowotworów głowy i szyi (90%) stanowią raki płaskonabłonkowe, które charakteryzuje miejscowy wzrost, częste przerzuty do pobliskich węzłów chłonnych i rzadkie przerzuty odległe.

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

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

Głównymi czynnikami ryzyka rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi są palenie tytoniu oraz nadużywanie alkoholu. Wśród innych czynników ryzyka wyróżnia się m.in. niedostateczną higienę jamy ustnej, mechaniczne drażnienie błon śluzowych, zakażenie wirusem Epsteina-Barr czy zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Pacjenci z płaskonabłonkowym rakiem mają zwiększone ryzyko wystąpienia drugiego, niezależnego nowotworu.

Objawy mogą różnić się w zależności od umiejscowienia nowotworu. Zwykle jest to: ból, owrzodzenie, obecność zmian przednowotworowych (leukoplakia, erytroplakia), zaburzenia oddychania, zaburzenia połykania, zaburzenia mowy. Nowotwór może powodować również: zaburzenia wzroku, smaku, węchu oraz słuchu. Często pierwszym objawem jest powiększenie węzłów chłonnych szyi.

Diagnostyka w nowotworach głowy i szyi obejmuje badania, które są niezbędne do dokładnego określenia stopnia zaawansowania klinicznego. Diagnostyka onkologiczna uwzględnia: wywiad, badanie lekarskie z oceną węzłów chłonnych szyjnych oraz nadobojczykowych, badanie laryngologiczne (w tym endoskopowe), biopsję podejrzanych zmian, badanie obrazowe oraz badanie ultrasonograficzne węzłów chłonnych szyi.

W ramach podstawowych działań profilaktycznych, ograniczających ryzyko rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi wymienia się: zaprzestanie używania wyrobów nikotynowych, zaprzestanie lub ograniczenie picia alkoholu, dbanie o higienę jamy ustnej oraz ograniczenie czynników drażniących w obrębie jamy ustnej.

Zgodnie z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów, łączna liczba zachorowań na nowotwory głowy i szyi w Polsce w 2023 r. wyniosła 8 150 przypadków, w tym 6 032 u mężczyzn i 2 188 u kobiet. Największą liczbę zachorowań i najwyższy współczynnik zachorowalności odnotowano u mężczyzn w grupie wiekowej 65-69 lat (1 253 przypadków; 110,71/100 tys.) oraz u kobiet w wieku 70-74 lat (397 przypadków; 33,03/100 tys.). Z kolei najczęściej diagnozowanym nowotworem w obrębie głowy i szyi jest nowotwór złośliwy krtani, który odpowiada za największą liczbę zgonów z powodu tych nowotworów. Wskazuje się, że zapadalność na nowotwory głowy i szyi od 2017 r. utrzymuje się na podobnym poziomie (ok. 8 tys. przypadków rocznie).

Zgodnie z danymi przedstawionymi w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), w Polsce w latach 2020-2024, dla grupy chorób „Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła (C00-C14)”, zrealizowano łącznie 115 041 porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz 483 076 porad w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Należy zaznaczyć, że w zarówno w POZ, jak i AOS, od 2020 roku obserwowany jest stopniowy wzrost liczby udzielanych porad. Ponadto w latach 2020-2024, najwięcej świadczeń w ramach AOS z tego zakresu udzielono wśród mężczyzn w grupach wiekowych 40-64 lat (158 452) oraz 65+ (152 010 porad), natomiast wśród kobiet – w grupie wiekowej 65+ (ok. 90 tys. porad).

2. Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono do analizy rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania wydane przez: Head and Neck Cancer Australia & Australian Government Cancer Australia (HNCA/AGCA 2025), National Health Service (NHS 2025), International Agency for Research on Cancer (IARC 2023), National Cancer Institute (NCI 2025/2021) oraz zaktualizowano rekomendacje opisane w poprzedniej wersji raportu: United States Preventive Services Task Force (USPSTF 2023).

Ponadto ujęto także wytyczne z poprzedniej rekomendacji wydane przez: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAMOS 2020), American Society of Clinical Oncology (ASCO 2020, 2019, 2017), European Head and Neck Cancer Society (EHNCS 2016), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016), United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines (UKNMG 2016), National Cancer Expert Reference Group (NCERG 2015).

Podsumowanie najważniejszych informacji z rekomendacji włączonych do analizy:

Czynniki ryzyka

- Wytyczne wskazują na następujące czynniki zwiększające ryzyko rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi:
 - 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);
 - immunosupresja;
 - narażenie zawodowe (dotyczy szczególnie osób pracujących w przemyśle budowlanym, metalurgicznym, tekstylnym, ceramicznym, drzewnym i spożywczym);
- wiek >40 lat;
- płeć męska;
- niedożywienie (HNCA/AGCA 2025, NCI 2025).

Objawy świadczące o możliwym rozwoju nowotworu głowy i szyi

- Obecność określonych objawów przez okres co najmniej 3 tygodni może świadczyć o rozwoju nowotworu w obszarze głowy i szyi. Objawy te obejmują:
 - utrzymujące się afty w jamie ustnej/na wardze;
 - owrzodzenie w jamie ustnej;
 - niewyjaśniona ruchomość zęba i/lub niegojące się miejsce po ekstrakcji;
 - białe lub czerwone plamy na błonie śluzowej jamy ustnej (zmiany przednowotworowe – leukoplakia, erytroplakia);
 - zmiany głosu (np. chrypka);
 - uporczywy ból gardła (szczególnie w połączeniu z bólem ucha) lub kaszel;
 - trudności lub ból podczas połykania lub żucia;
 - kaszel z krwią (w tym krwioplucie);

- utrzymujący się niewyjaśniony guzek lub ból w szyi lub przyusznicy;
- ból, ucisk, jednostronne dzwonienie w uchu lub utrata słuchu;
- jednostronne porażenie mięśni twarzy;
- jednostronne drętwienie, kłucie lub mrowienie;
- jednostronne zablokowanie nosa, szczególnie jeśli jest związane z obrzękiem lub innymi problemami z oczami, takimi jak podwójne widzenie;
- szczękościsk lub zmniejszone rozwarście szczęki;
- niewyjaśniona utrata masy ciała (HNCA/AGCA 2025, NHS 2025, NCI 2021).
- Objawy nowotworów w poszczególnych obszarach głowy i szyi obejmują:
 - jama ustna – biała lub czerwona plama na dziąsłach, języku lub wyściółce jamy ustnej, narośl lub obrzęk szczęki powodujący, że protezy zębowe źle przylegają lub stają się niewygodne oraz nietypowe krwawienie lub ból w jamie ustnej;
 - gardło – ból podczas połykania, ból szyi lub gardła, który nie ustępuje, ból lub dzwonienie w uszach oraz problemy ze słuchem;
 - krtań – trudności w oddychaniu lub mówieniu, ból podczas połykania lub ból ucha;
 - zatoki przynosowe i jama nosowa – zatłok i niedające się oczyścić zatoki, przewlekłe infekcje zatok niereagujące na antybiotyki, krwawienie z nosa, częste bóle głowy, obrzęki lub inne dolegliwości oczu, ból górnych zębów oraz problemy z protezami zębowymi;
 - gruczoły ślinowe – obrzęk pod brodą lub wokół kości szczęki, drętwienie lub paraliż mięśni twarzy albo ból twarzy, brody lub szyi, który nie ustępuje (NCI 2021).

Badania przesiewowe

- W wytycznych stwierdza się, że obecnie brakuje wystarczających dowodów na korzyści wynikające z prowadzenia badań przesiewowych w kierunku nowotworów głowy i szyi wśród bezobjawowych osób dorosłych (HNCA/AGCA 2025, NCI 2025, IARC 2023, USPSTF 2023, NCI 2021).
- Wskazuje się natomiast na potrzebę wykonywania oportunistycznych badań przesiewowych u osób z grupy ryzyka rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi, szczególnie podczas wizyt u lekarza POZ i wizyt stomatologicznych (HNCA/AGCA 2025, NCI 2025, NHS 2025, IARC 2023, ASCO 2020, ACS 2020, ASCO 2019, UKNMG 2016, EHNCS 2016, NCERG 2015).
- W ramach standardowych/rutynowych wizyt u każdego pacjenta należy przeprowadzić:
 - wywiad medyczny i wywiad stomatologiczny;
 - ocenę ryzyka w oparciu o dostępne kwestionariusze;
 - ocenę wzrokową – badanie zewnątrzustne i wewnątrzustne, szczególnie pod kątem obecności zmian i stanów chorobowych;
 - badanie palpacyjne z uwzględnieniem węzłów chłonnych (NCI 2025, NHS 2025, IARC 2023, AAMOS 2020, ASCO 2020, ASCO 2019).

Modyfikacja stylu życia

- Działania profilaktyczne mające na celu zmniejszenie ryzyka rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi ukierunkowane są przede wszystkim modyfikację stylu życia, w ramach której wyróżnia się:
 - zaprzestanie palenia i korzystania z wyrobów nikotynowych;
 - zaprzestanie bądź ograniczenie picia alkoholu;
 - unikanie ekspozycji na bierne palenie tytoniu;
 - ograniczenie ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe (UV);
 - ograniczenie ekspozycji na czynniki zawodowe (pył drzewny, azbest, nikiel, pyły krzemionkowe);

- prawidłowe dbanie o higienę jamy ustnej, w tym także stosowanie odpowiednio dopasowanych protez zębowych;
- utrzymanie prawidłowej masy ciała;
- prawidłowe nawyki żywieniowe;
- ograniczenie ryzykownych zachowań seksualnych;
- szczepienia przeciwko HPV (HNCA/AGCA 2025, NHS 2025, IARC 2023, NCI 2021).
- W ramach poradnictwa ukierunkowanego na modyfikację stylu życia zaleca się stosowanie podejścia tzw. „bardzo krótkiej porady” (VBA, ang. very brief advice) – zapytaj (ang. ask), doradź (ang. advise), działaj (ang. act) (NHS 2025).

Edukacja

- Zaleca się prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka, skutków zdrowotnych oraz dostępnych metod leczenia nowotworów głowy i szyi (ASCO 2020, ACS 2020, ASCO 2020, ASCO 2017, EHNCS 2016, NICE 2016, UKNMG 2016, NCERG 2015).
- Personel medyczny powinien zostać przeszkolony z zakresu metod diagnostycznych, leczenia oraz profilaktyki nowotworów głowy i szyi (ASCO 2017, EHNCS 2016).

3. Dowody naukowe

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono 18 metaanaliz (Possenti 2025, Tayebi-Hillali 2025, Zalaquett 2025, Jun 2024, Khalifeh 2024, Li 2024, Mohebbi 2024, Shrivastava 2024, Wang 2024, Heller 2023, Essat 2022, Mariano 2022, Shaw 2022, Sulaiman 2022, Gupta 2021, Kim 2021, Rezapour 2021, Kim 2020) oraz 2 przeglądy systematyczne (Ribeiro 2022, Thankappan 2021). Ponadto ujęto także dowody naukowe odnalezione na potrzeby wydania poprzedniej rekomendacji: Gopinath 2020 i Saulle 2014.

Poniżej przedstawiono kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych dla populacji spójnej z niniejszą rekomendacją – dalsze szczegóły znajdują się w Raporcie Analitycznym Agencji.

3.1 Wnioski z analizy dowodów naukowych

Programy badań przesiewowych

- Autorzy przeglądu wskazali, że jeśli programy badań przesiewowych mają charakter ciągły i obejmują one osoby z grupy wysokiego ryzyka – mogą one wpłynąć zarówno na poprawę wskaźników przeżywalności (wraz ze zmianą stopnia zaawansowania choroby), jak również na zmniejszenie rozpowszechnienia i wskaźników śmiertelności związanych z nowotworem w obrębie głowy i szyi (Ribeiro 2022).

Dokładność diagnostyczna badań

- Czulość i swoistość wykrycia raka płaskonabłonkowego jamy ustnej lub potencjalnie złośliwych zmian jamy ustnej przy użyciu cytologii wynosi odpowiednio 91% [95%CI: (0,88; 0,94)] i 96% [95%CI: (0,94; 0,98)] (Tayebi-Hillali 2025).
- Standardowe badanie jamy ustnej przez przeszkolonego pracownika ochrony zdrowia odznacza się czulością i swoistością w wykrywaniu raka lub potencjalnie złośliwych zmian wargi i jamy ustnej odpowiednio na poziomie 89% [95%CI: (0,72; 0,96)] i 92% [95%CI: (0,78; 0,97)] (Sulaiman 2022).
- Czulość i swoistość nieinwazyjnych metod diagnostycznych w wykrywaniu:
 - nowotworu jamy ustnej wynosi odpowiednio dla:
 - badania wzrokowego – 76% [95%CI: (0,63; 0,86)] i 79,5% [95%CI: (0,59; 0,91)];
 - autofluorescencji – 85,5% [95%CI: (0,74; 0,92)] i 49% [95%CI: (0,29; 0,69)];
 - chemiluminescencji – 87,5% [95%CI: (0,76; 0,94)] i 57% [95%CI: (0,29; 0,81)];
 - cytologii – 72% [95%CI: (0,45; 0,89)] i 86% [95%CI: (0,73; 0,94)];
 - obrazowania wąskopasmowego – 90% [95%CI: (0,83; 0,95)] i 95% [95%CI: (0,76; 0,99)];
 - badania z wykorzystaniem błękitu toluidyny – 71% [95%CI: (0,61; 0,80)] i 81% [95%CI: (0,68; 0,90)] (Kim 2021);
 - raka krtani wynosi odpowiednio dla:
 - obrazowania wąskopasmowego – 90% [95%CI: (0,83; 0,95)] i 95% [95%CI: (0,76; 0,99)];
 - endoskopii światłem białym – 78% [95%CI: (0,68; 0,86)] i 77% [95%CI: (0,65; 0,86)] (Kim 2020)

Czynniki ryzyka

- Osoby palące papierosy mają istotnie statystycznie wyższe ryzyko rozwoju raka nosogardła, w porównaniu do osób, które nigdy nie paliły:
 - obecnie palący – RR=1,61 [95%CI: (1,40; 1,86)];
 - byli palacze – RR=1,28 [95%CI: (1,09; 1,49)];
 - palący kiedykolwiek – RR=1,62 [95%CI: (1,41; 1,87)] (Possenti 2025).
- Bierne palenie, w porównaniu do braku ekspozycji na bierne palenie, istotnie statystycznie zwiększa szansę rozwoju nowotworu jamy ustnej – OR=1,51 [95%CI: (1,20; 1,91)] (Mariano 2022).

- Stosowanie diety zbliżonej do zasad diety śródziemnomorskiej istotnie statystycznie zmniejsza szansę rozwoju nowotworów głowy i szyi – OR=0,56 [95%CI: (0,368; 0,856)] (Zalaquett 2025).
- Zapalenie zatok nosowych związane jest z istotną statystycznie wyższą szansą wystąpienia raka nosogardła – OR=1,81 [95%CI: (1,73; 1,89)] (Wang 2024).
- Przewlekłe drażnienie śluzówki w jamie ustnej, w porównaniu do braku czynnika drażniącego, istotnie statystycznie zwiększa szansę rozwoju raka płaskonabłonkowego jamy ustnej – OR=4,57 [95%CI: (2,99; 6,98)] (Gupta 2021).
- Wykazano, że choroby przyzębia zwiększają istotnie statystycznie szansę na rozwój nowotworu w obrębie głowy i szyi – OR=3,17 [95%CI: (1,78; 5,64)] (Gopinath 2020).
- Zakażenie HPV ma istotny statystycznie wpływ na zwiększoną szansę rozwoju nowotworu:
 - w obrębie głowy i szyi (ogółem) – OR=1,63 [95%CI: (1,27; 2,09)];
 - jamy ustnej – OR=4,40 [95%CI: (1,75; 11,06)];
 - migdałków – OR=4,41 [95% CI: (1,44; 13,46)] (Saulle 2014).

4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Wytyczne kliniczne oraz wyniki pozyskane z wtórnych dowodów naukowych wskazują na możliwe działania profilaktyczne ukierunkowane na nowotwory głowy i szyi, które obejmują:

- działania informacyjno-edukacyjne;
- szkolenia dla personelu medycznego;
- badania przesiewowe w grupach wysokiego ryzyka;
- modyfikację stylu życia ukierunkowaną na eliminację lub ograniczenie czynników ryzyka (szczególnie zaprzestanie palenia oraz picia alkoholu).

W Obwieszczeniu 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.) nałożono na świadczeniodawców, którzy realizują diagnostykę i leczenie onkologiczne na podstawie kart DiLO (karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego), obowiązek zapewnienia dostępu do realizacji świadczeń onkologicznych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, badań obrazowych (tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej (PET)), medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych. Świadczenia AOS obejmują: diagnostykę wstępną (potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu), diagnostykę pogłębioną (z określeniem typu nowotworu, jego stadium oraz umiejscowienia ewentualnych przerzutów), rozpoznanie nowotworu oraz skierowanie do leczenia. Z kolei w ramach AOS dostępne jest poradnictwo specjalistyczne w zakresie onkologii, chirurgii onkologicznej, otolaryngologii i chirurgii szczękowo-twarzowej.

Zgodnie z uchwałą nr 11 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. uchylającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą: „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” (M.P. poz. 190), program ten został uchylony. Jednocześnie, na drodze uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pod nazwą „Narodowa Strategia Onkologiczna” na lata 2020–2030 (M.P. z 2020 r. poz. 189), zakłada kontynuowanie wybranych zadań Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

5. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego oraz wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji

Treści przedstawione w tej części rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej z omawianego zakresu oraz opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji technologie medyczne/działania wraz z warunkami ich realizacji oraz sposobem monitorowania i ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru programu polityki zdrowotnej.

Opracowane modelowe rozwiązanie stanowi optymalne i uniwersalne rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez jednostkę samorządu terytorialnego na dowolnym szczeblu. Niemniej jednak w celu dostosowania rozwiązań do potrzeb i możliwości jednostek samorządu terytorialnego, w poszczególnych elementach programu przedstawiono kilka wariantów rozwiązań lub ramy, w jakich poruszać się można przy realizacji programu. Ostateczny kształt programu polityki zdrowotnej powinien być ustalany przez decydentów planujących realizację programu.

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2476).

5.1 Uzasadnienie wprowadzenia PPZ

5.1.1 Dane epidemiologiczne

Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikować obszary, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dostępne dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawią jego sytuację na tle kraju.

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych.

5.1.2 Opis obecnego postępowania

Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu obecnego postępowania i wprowadzić ewentualne zmiany.

5.2 Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%” (procent) oraz „..... p.p.” (punkty procentowe). Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym postępowaniem jest nawiązanie dialogu z przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

5.2.1 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%* uczestników działań edukacyjnych programu.

* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.

5.2.2 Cele szczegółowe

5.2.2.1 Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów głowy i szyi wśród%* przedstawicieli personelu medycznego, którzy wzięli udział w szkoleniach w ramach programu.

5.2.2.2 Zwiększenie o %* w okresie trwania programu odsetka osób ze wstępnie rozpoznany nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie w ramach środków NFZ.

* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.

5.2.3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	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.
5.2.2.1.	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.
5.2.2.2.	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>

5.3 Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Istotne jest określenie liczebności populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większy odsetek populacji zostanie włączony do PPZ, tym większe są możliwości zaobserwowania efektów zdrowotnych we wskaźnikach epidemiologicznych.

Liczebność populacji docelowej powinna zostać oszacowana dla każdego z etapów PPZ. Niezbędne jest wskazanie na źródła danych (liczba uczestników w danej grupie wiekowej z podziałem na płeć np. w oparciu o dane z Głównego Urzędu Statystycznego) i wykorzystanych odniesień do literatury, opis przyjętych założeń oraz przedstawienie wykonanych obliczeń. Należy skupić się na przedstawieniu danych lokalnych, czyli dotyczących obszaru, na którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej.

5.3.1 Populacja docelowa

- Działania informacyjno-edukacyjne skierowane są do populacji ogólnej.

Z uwagi na zróżnicowane potrzeby, zaleca się wydzielenie subpopulacji o spójnych potrzebach edukacyjnych i informacyjnych (np. grupy wiekowe). Forma oraz treść prowadzonych działań powinna być dostosowana do uczestników. Każda z subpopulacji powinna być zdefiniowana niezależnie, zaś działania skierowane do różnych subpopulacji mogą być prowadzone równolegle.

- Szkolenia dla personelu medycznego skierowane są do przedstawicieli personelu medycznego, w szczególności zaangażowanego w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami np.: osoby realizujące działania edukacyjne, osoby prowadzące wizytę diagnostyczną z edukacją zdrowotną.
- Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną skierowana jest do osób w wieku $\geq 35^*$ lat znajdujących się w grupie ryzyka rozwoju nowotworu głowy i szyi.

* Wiek został przyjęty zgodnie z opinią eksperta klinicznego, otrzymaną podczas prac analitycznych w przedmiotowym zakresie.

5.3.2 Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

UWAGA: Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.

Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów w kolejnych latach realizacji PPZ, sugerowanym jest opisanie w treści projektu PPZ postępowania pozwalającego na dostosowywanie kryteriów do możliwości jednostki (np. harmonogram aktualizowany w oparciu o dane pochodzące z monitorowania realizacji PPZ) zamiast deklarowania stosowania zawężenia kryteriów na określonym, stałym poziomie. Informacje dotyczące przebiegu programu powinny zostać zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Działania informacyjno-edukacyjne	populacja ogólna	brak

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia dla personelu medycznego	personel pierwszego kontaktu, np. lekarz POZ, stomatolog, laryngolog, chirurg szczękowo-twarzowy, pielęgniarka, higienistka stomatologiczna, 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 z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka* *czynniki ryzyka rozwoju nowotworu głowy i szyi zostały opisane w rozdziale 2 „Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii” (str. 5-6)	pozostawanie pod opieką poradni onkologicznej

5.3.3 Planowane interwencje

W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.

Przedstawione poniżej zalecenia dotyczące poszczególnych interwencji mają w większości charakter ogólny, co ma umożliwić elastyczne dostosowanie działań do potrzeb i możliwości grupy docelowej.

ETAP: DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE (HNCA/AGCA 2025, NCI 2025, NHS 2025, IARC 2023, NCI 2021, ASCO 2020, ACS 2020, ASCO 2019, ASCO 2017, EHNCS 2016, NICE 2016, UKNMG 2016, NCERG 2015, eksperci kliniczni)

Działania informacyjno-edukacyjne na temat programu powinny być prowadzone w sposób ciągły (przez cały okres jego trwania) oraz kierowane do określonej, jasno zdefiniowanej w projekcie PPZ grupy docelowej. W PPZ realizowanych może być równolegle więcej niż jeden etap informacyjno-edukacyjny, gdyż każdy z nich może obejmować inną subpopulację. Dla danego problemu zdrowotnego rekomenduje się prowadzenie działań edukacyjnych w podziale na grupy wiekowe. Poniżej przedstawiono kwestie, które należy uwzględnić w ramach działań informacyjno-promocyjnych nt. realizowanego programu oraz działań edukacyjnych.

Działania informacyjno-promocyjne

- Samorządy powinny podejmować współpracę z różnymi podmiotami i instytucjami (np. organizacje pozarządowe), które są już zaangażowane w profilaktykę chorób nowotworowych na danym obszarze lub z takimi, które posiadają doświadczenie i kompetencje w konkretnych obszarach, np. edukacji zdrowotnej. Współpraca z realizatorami istniejących inicjatyw społecznych ma na celu promocję realizowanego programu (oraz sposobu udziału), która w szczególności zwiększy szansę na dotarcie informacji do populacji kwalifikującej się do PPZ.
- Działania informacyjno-promocyjne powinny uwzględniać proces aktywnej rekrutacji do programu, która może obejmować: promocję programu w wybranych lokalizacjach dostosowanych do charakterystyki populacji docelowej (np. lokalne ośrodki zdrowia, apteki, zakłady pracy, gabinety stomatologiczne) oraz rejestrację uczestników do programu przy pomocy np. dedykowanej infolinii rejestracyjnej, internetowo lub osobiście np. w trakcie imprez plenerowych (pikniki, jarmarki, wydarzenia sportowe, dni zdrowia, spotkania z samorządowcami).
- Zaleca się wykorzystanie nośników miejskich/gminnych np. wyświetlane prezentacje (slajdy) w autobusach/tramwajach/pociągach i mediach miejskich/gminnych (dedykowanych mieszkańcom portalach/aplikacjach) oraz wykorzystanie różnych środków masowego przekazu, w tym mediów tradycyjnych (tj. telewizji, prasy, radio) i mediów społecznościowych. Zaleca się także udostępnienie materiałów informacyjno-edukacyjnych w formie np. ulotek, plakatów, grafik.

- Biorąc pod uwagę problem zdrowotny, zaleca się udostępnienie w formie plakatów, ulotek, grafik informacji nt. możliwości uzyskania adekwatnego poradnictwa antynikotynowego realizowanego poza PPZ wraz z podaniem danych kontaktowych, np. poradnia leczenia uzależnień, poradnia pomocy palącym, w tym Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym.

Działania edukacyjne

- Warunkiem przystąpienia do działań edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest także do wypełnienia post-testu po zakończeniu ww. interwencji.
- Działania edukacyjne mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, szkoleń, konferencji.
- Działania edukacyjne ukierunkowane na podniesienie wiedzy populacji ogólnej na temat nowotworów głowy i szyi (należy posługiwać się słownictwem zrozumiałym dla adresatów) powinny obejmować następujący zakres tematyczny:
 - czynniki ryzyka i objawy świadczące o możliwym rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi (opisane w rozdziale 2 „Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii”, str. 5-6);
 - konieczność zgłoszenia się do lekarza w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów/zmian utrzymujących się 3 tygodnie;
 - korzyści wynikające z wdrożenia działań profilaktycznych ukierunkowanych na modyfikację stylu życia; należy kłaść nacisk na zaprzestanie używania wyrobów nikotynowych, zaprzestanie lub ograniczenie picia alkoholów, wdrożenie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz dbanie o prawidłową higienę jamy ustnej;
 - informacje na temat szczepień przeciwko HPV jako elementu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego, stanowiącego czynnik ryzyka rozwoju nowotworu głowy i szyi; tematyka związana z ww. szczepieniami powinna także uwzględniać kwestie związane z bezpieczeństwem oraz skutecznością w zapobieganiu zakażeniom HPV i rozwojowi zmian przedrakowych;
 - dostępne formy wsparcia dla osób uzależnionych od nikotyny i/lub alkoholu.
- W ramach działań edukacyjnych zaleca się uwzględnienie informacji na temat szczepień realizowanych w ramach powszechnego programu szczepień przeciwko HPV, skierowanego do dziewcząt i chłopców po ukończeniu 9 r.ż. do ukończenia 14 r.ż., o możliwości skorzystania z bezpłatnej szczepionki w ramach refundacji aptecznej u młodzieży do 18 r.ż. oraz w populacji osób dorosłych ≥ 18 r.ż. z 50% odpłatnością.
- Działania edukacyjne powinny być prowadzone prostym i zrozumiałym językiem oraz w przystępnej formie.
- W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich) (dostęp z dnia 03.12.2025 r.), np.:
 - Główny Inspektorat Sanitarny
<https://www.gov.pl/web/gis/bezplatne-szczepienia-przeciw-hpv-w-polsce-dla-wieku-9-18-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 Mięśniaki i Czerniaki
<https://www.sarcoma.pl/baza-wiedzy/publikacje/co-warto-wiedziec/nawotwory-glowy-i-szyi/>

ETAP: SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO (HNCA/AGCA 2025, NHS 2025, IARC 2023, NCI 2021, ASCO 2017, EHNCS 2016, eksperci kliniczni)

- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniach jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła szkolenie, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb personelu medycznego. Możliwe formy to np. wykłady, warsztaty praktyczne, szkolenia w miejscu pracy. Dopuszcza się możliwość realizacji szkoleń w formie e-learningów w ramach zagadnień teoretycznych.
- Działania oraz tematyka poruszana na szkoleniach i w materiałach edukacyjnych powinny w szczególności obejmować:
 - 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.
- W trakcie szkolenia należy wielokrotnie podkreślać potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na zapobieganie występowania czynników ryzyka nowotworów głowy i szyi oraz zachęcić personel medyczny do informowania o tym pacjentów.
- Zaleca się przeszkolenie całego personelu medycznego z zakresu 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 – przekaż 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).

ETAP: WIZYTA DIAGNOSTYCZNA Z EDUKACJĄ ZDROWOTNĄ (HNCA/AGCA 2025, NCI 2025, NHS 2025, IARC 2023, NCI 2021, AAMOS 2020, ASCO 2020, ACS 2020, ASCO 2020, ASCO 2017, EHNCS 2016, NICE 2016, UKNMG 2016, NCERG 2015, Sulaiman 2022, Kim 2020, Possenti 2025, Zalaquett 2025, Gupta 2021, Gopinath 2020, Saulle 2014, eksperci kliniczni)

Wizyta diagnostyczna

- Osoby, które zgłosiły się do udziału w programie zostają szczegółowo poinformowane o jego celach i etapach.
- W ramach wizyty należy przeprowadzić:
 - wywiad uwzględniający:
 - identyfikację u uczestnika czynników ryzyka, w tym przypadki nowotworów głowy i szyi w rodzinie oraz zachowań determinujących podwyższone ryzyko rozwoju nowotworu;
 - rodzaj, czas trwania i przebieg objawów zgłaszanych przez pacjenta;
 - 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);
 - ocenę ryzyka w oparciu o przeprowadzony wywiad;
 - 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 (gdy dostępne – 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.

Edukacja zdrowotna

- 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;
- 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.
- Zaleca się prowadzenie indywidualnej edukacji w formie bezpośredniej.
- W przypadku osób deklarujących czynne palenie lub używających wyrobów nikotynowych, zaleca się przeprowadzenie krótkiej porady antynikotynowej, 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.
- Jednym z możliwych modeli krótkiej porady antynikotynowej jest minimalna interwencja antynikotynowa z zastosowaniem zestawu pięciu pytań opisanych jako zasada „5P”. W ramach post-testu należy ponownie wypełnić kwestionariusz Schneidera.
- 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.

5.3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

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

5.3.5 Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, które uczestniczyły w działaniach informacyjno-edukacyjnych, ich udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji i wypełnieniu post-testu;
- w przypadku osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, ich udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji 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 „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;
- zakończenie realizacji PPZ.

5.4 Organizacja PPZ

5.4.1 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

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

5.4.2 Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy projektu PPZ należy dostosowywać do ewentualnych zmian w tym zakresie.

Wymagania przedstawione w projekcie PPZ powinny być jasno związane z dążeniem do uzyskania wysokiej efektywności programu. Dla każdego warunku należy przedstawić uzasadnienie jego wprowadzenia, w tym odnieść się do roli jaką pełni w osiągnięciu założonych celów. Warto wskazać, że zamieszczenie wygórowanych warunków może utrudnić wyłonienie realizatora, a tym samym będzie barierą wdrożenia PPZ.

Etap PPZ	Kwalifikacje personelu
Działania informacyjno- edukacyjne	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
Szkolenia dla personelu medycznego	Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów głowy i szyi („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu
Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną	<u>Wizyta diagnostyczna</u> - Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów głowy i szyi lub - lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ szkolenia dla personelu medycznego <u>Edukacja zdrowotna</u> 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

5.5 Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

5.5.1 Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności, uzyskanych efektów jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez niezależnego od realizatora eksperta zewnętrznego.

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 udziału w programie;
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej, 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".

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. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

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

5.5.2 Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy przedstawić w raporcie końcowym z realizacji PPZ.

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

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

- odsetka uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test;
- odsetka 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;
- odsetka osób ze wstępnie rozpoznanym nowotworem w obrębie głowy i szyi;
- odsetka osób ze wstępnie rozpoznanym nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie poza programem;
- odsetka 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).

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

5.6 Budżet PPZ

W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

5.6.1 Koszty jednostkowe

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów częściowych.

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia działań informacyjno-promocyjnych;
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego;
- koszt przeprowadzenia wizyty kwalifikacyjnej z edukacją zdrowotną;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

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

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
Koszty pośrednie				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie ¹ projektu			
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
Koszty bezpośrednie				
1	Koszt przeprowadzenia etapu „Działania informacyjno-edukacyjne” ... (wyszczególnienie działań)			
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenia dla personelu medycznego”... (wyszczególnienie działań)			

¹ Ewaluacja i monitorowanie - do 10% całkowitego budżetu PPZ

3	Koszt przeprowadzenia etapu „Wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną”... (wyszczególnienie działań)			
....				
SUMA				

5.6.2 Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20xx r.	
20xx r.	
Koszt całkowity	

5.6.3 Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. 2025 poz. 1461) po uzyskaniu Opinii 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 oraz na podstawie Raportu nr: DPPZ.434.5.2025 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi”; data ukończenia: listopad 2025.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Piśmiennictwo

Opinia RP	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
Raport	Raport nr: DPPZ.434.5.2025 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi”: listopad 2025
Źródła rekomendacji	
HNCA/AGCA 2025	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
NHS 2025	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
NCI 2025	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
IARC 2023	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
USPSTF 2023	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
NCI 2021	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
AAMOS 2020	American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (2020). Head and Neck Cancer Screening and Prevention.
ASCO 2020	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.
ASCO 2019	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
ASCO 2017	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
EHNCS 2016	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
NICE 2016	NICE (2016). Suspected cancer. Quality standard [QS124]. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/qs124/chapter/Introduction , dostęp z 27.08.2020
UKNMG 2016	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
NCERG 2015	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

Źródła dowodów wtórnych	
Essat 2022	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. <i>Head Neck</i> . 44(4): 998-1013
Gopinath 2020	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. <i>Cancers</i> , 12(7), 1893.
Gupta 2021	Gupta A.A., Kheur S., Varadarajan S. et al. (2021). Chronic mechanical irritation and oral squamous cell carcinoma: A systematic review and meta-analysis. <i>Bosn. J. Basic Med. Sci.</i> 21(6): 647-658
Heller 2023	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. <i>Oral. Oncol.</i> 137: 106300
Jun 2024	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. <i>J. Korean. Med. Sci.</i> 39(22): e185
Khalifeh 2024	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. <i>BMJ Open</i> . 14(8): e074723
Kim 2020	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. <i>Head. Neck</i> . 42(9): 2635-2643
Kim 2021	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. <i>Braz. J. Otorhinolaryngol.</i> 88(6): 937-947
Li 2024	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. <i>Int. J. Surg.</i> 110(8): 5034-5046
Mariano 2022	Mariano L.C., Warnakulasuriya S., Straif K. et al. (2022). Secondhand smoke exposure and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis. <i>Tob. Control</i> . 31(5): 597-607
Mohebbi 2024	Mohebbi E., Alimoradi Z., Rozek L.S. et al. (2024). Risk of head and neck cancer among opium users. <i>Arch. Oral. Biol.</i> 157: 105846
Possenti 2025	Possenti I., Martini A., Bagnardi V. et al. (2025). Association between cigarette smoking and nasopharyngeal cancer risk: a meta-analysis. <i>Rhinology</i> . 63(1): 13-21
Rezapour 2021	Rezapour M., Rezapour H.A., Chegeni M. et al. (2021). Exposure to cadmium and head and neck cancers: a meta-analysis of observational studies. <i>Rev Environ Health</i> 36(4): 577-584
Ribeiro 2022	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. <i>Oral. Oncol.</i> 130:105936
Saulle 2014	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. <i>Oral diseases</i> , 21(4), 417-431.
Shaw 2022	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. <i>Asian Pac. J. Cancer. Prev.</i> 23(5): 1483-1495
Shrivastava 2024	Shrivastava R., Gupta A., Mehta N. et al. (2024). Dietary patterns and risk of oral and oropharyngeal cancers: A systematic review and meta-analysis. <i>Cancer Epidemiol.</i> 93: 102650
Sulaiman 2022	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. <i>Asian Pac. J. Cancer Prev.</i> 23(12): 3983-3991
Tayebi-Hillali 2025	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
Thankappan 2021	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
Wang 2024	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
Zalaquett 2025	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
Problem zdrowotny/epidemiologia	
ICD-11	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
Kawecki 2011	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.
Szczeklik 2018	Szczeklik, A., & Gajewski, P. (2018). Interna Szczeklika 2018. Medycyna Praktyczna.
Pozostałe	
BASIw 2025a	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
BASIw 2025b	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
KRN 2024	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
KRN 2025a	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
KRN 2025ab	Krajowy Rejestr Nowotworów (2025). Raporty. Zachorowania/Zgony. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/pl/raporty , dostęp z 04.11.2025
KRN 2025c	Krajowy Rejestr Nowotworów (2025). Raporty. Przeżycia. Pozyskano z: https://onkologia.org.pl/pl/raporty , dostęp z 04.11.2025
MZ 2016	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
MZ 2020	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