



Opinia Rady Przejrzystości
nr 148/2025 z dnia 18 sierpnia 2025 roku
w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań
przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz
warunków realizacji tych programów, dotyczących wczesnego
wykrywanie raka płuca

Rada Przejrzystości uważa za zasadne finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej:

- badań przesiewowych z wykorzystaniem NDTK pod kątem wykrycia raka płuca w populacji osób w wieku między 50 a 74 rokiem życia, z historią konsumpcji tytoniu wynoszącą ≥ 20 paczkolet oraz okresem abstynencji tytoniowej ≤ 15 lat,*
- działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców kwalifikujących się do badania niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK), ze szczególnym uwzględnieniem szkodliwości palenia tytoniu,*
- szkoleń dla personelu medycznego, w ramach których przekazywane będą zalecane metody profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka płuca,*
- lekarskich wizyt podsumowujących dla osób, które w ramach PPZ uzyskały wynik badania NDTK,*

pod następującymi warunkami:

- 1) programy powinny odnosić się do punktów końcowych takich jak: poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie; udostępnienie interwencji antynikotynowej osobom biorącym udział w programie; rozpowszechnienie informacji o trwającym programie przy użyciu materiałów informacyjno-edukacyjnych;*
- 2) populacja, która jest zalecana do objęcia przesiewem z użyciem NDTK, musi spełniać określone kryteria, tj.: wiek między 50 a 74 rokiem życia, konsumpcja tytoniu wynosząca ≥ 20 paczkolet, a w przypadku porzucenia palenia okres abstynencji tytoniowej ≤ 15 lat.*
- 3) planowane interwencje w zakresie PPZ powinny obejmować: przesiew z użyciem NDTK; interwencję antynikotynową obejmującą osoby włączone do programu oraz działania szkoleniowe personelu medycznego w omawianym zakresie.*

Rada nie rekomenduje wykorzystywania w ramach programów polityki zdrowotnej jako badania przesiewowego RTG klatki piersiowej oraz cytologii płwociny.

Uzasadnienie

Problem zdrowotny

W Polsce w roku 2022 odnotowano łącznie 20 726 przypadków raka płuca i oskrzeli. Najwyższą liczbę przypadków omawianego nowotworu wykazano w województwie mazowieckim (2 722), a najniższą w lubuskim (428) (KRN 2025).

W oparciu o zebrane dane KRN wskazuje, że surowy wskaźnik zachorowalności na raka płuca i oskrzeli dla całego kraju ukształtował się na poziomie 54,79/100 tys. Najwyższą wartość omawianego wskaźnika wykazano w województwie warmińsko-mazurskim (76,50/100 tys.), a najniższą w województwie podkarpackim (41,60/100 tys.) (KRN 2025).

W roku 2022 odnotowano łącznie 20 956 przypadków zgonu z powodu raka oskrzela i płuca. Najwyższą liczbę zgonów wykazano w województwie mazowieckim (3 017), a najniższą w opolskim (486) (KRN 2025).

W oparciu o zebrane dane wykazano także, że surowy wskaźnik umieralności dla całego kraju z powodu nowotworów oskrzeli i płuca kształtował się na poziomie 55,40/100 tys. Najwyższe wartości omawianego wskaźnika wykazano w województwie zachodniopomorskim (65,65/100 tys.), a najniższe w województwie podkarpackim (35,07/100 tys.) (KRN 2025).

W Polsce w roku 2023, w ramach AOS, zrealizowano łącznie 230 715 porad związanych z nowotworami oskrzela i płuca. Najwięcej porad zrealizowano w województwie mazowieckim (35 741), a najmniej w województwie lubuskim (4 798) (BASiW 2025).

W Polsce w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, przebywało 14 596 pacjentów z nowotworem oskrzela i płuca. Najwięcej takich pacjentów stwierdza się w grupie wiekowej 65-79 (9 157). Najmniej pacjentów pozostających pod tym typem opieki stwierdzono w grupie wiekowej <18 r.ż. (77) (BASiW 2025).

Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania, warunki realizacji

- W ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, dostępne są porady specjalistyczne nacelowane na gruźlicę i choroby płuc oraz szeroki wachlarz badań diagnostycznych uwzględniających zarówno metody obrazowe, jak i endoskopowe.
- Zgodnie z uchwałą nr 11 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r., Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych został uchylony. Jednocześnie, na drodze uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie

przyjęcia programu pod nazwą „Narodowa Strategia Onkologiczna” na lata 2020–2030 (M.P. z 2020 r. poz. 189), zakłada się kontynuowanie wybranych zadań NPZChN (MZ 2025).

- Ministerstwo Zdrowia realizuje „Program badań w kierunku wykrywania raka płuca”. Czas realizacji omawianej inicjatywy, obejmuje lata 2021-2025. W jego ramach realizowane są badania przesiewowe z wykorzystaniem NDTK skierowane do populacji wysokiego ryzyka wystąpienia nowotworu płuca (MZ 2025).
- W Agencji, na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, prowadzone są prace nad zakwalifikowaniem badania przesiewowego w kierunku raka płuca za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) do świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Rada Przejrzystości wydała pozytywną opinię. Prace nad przygotowaniem docelowej rekomendacji Prezesa Agencji są w trakcie (AOTMiT 2025).
- Ze świadczeń z zakresu leczenia uzależnień od tytoniu w roku 2023 skorzystało jedynie 125 pacjentów. Pacjenci ci w omawianym roku skorzystali z 2 138 porad (BASiW 2025). Zgodnie z informacjami zawartymi na stronie NFZ na terenie Polski funkcjonowało jedynie 5 poradni pomocy palącym (NFZ 2025).

Przy realizacji PPZ należy spełnić następujące warunki:

- 1) Realizacją PPZ powinien zająć się zespół wielodyscyplinarny, składający się m.in. ze specjalistów w dziedzinach: onkologii, pulmonologii oraz radiologii, przy czym nie jest bezwzględnie wymagany udział całego zespołu w podejmowaniu decyzji dotyczących prawidłowych wyników badania NDTK.
- 2) Wymagania sprzętowe zakładają korzystanie z aparatu minimum 16-rzędowego, przy jednoczesnym zastosowaniu zasad ALARA oraz MIP.
- 3) Sposób monitorowania oraz ewaluacji powinien być zgodny z wydanymi opiniami Prezesa Agencji odnośnie PPZ oraz rekomendacjami w powyższym zakresie.
- 4) Koszty jednostkowe oraz koszty całkowite programów przesiewowych raka płuca powinny odpowiadać rzeczywistym potrzebom uwzględnionym w rekomendacjach.
- 5) Organizator programu polityki zdrowotnej powinien, w porozumieniu z NFZ, zapewnić dalszą opiekę nad pacjentami, u których, w wyniku badania przesiewowego, stwierdzono istotne zmiany chorobowe.

Dowody naukowe

Badania przesiewowe NDTK:

- Aby uzyskać u pacjenta korzyści zdrowotne w postaci uniknięcia jednego zgonu, przesiew w kierunku raka płuca z wykorzystaniem NDTK powinien być realizowany przez okres:
 - w przypadku zgonu z powodu raka płuca, przez:
2,15 [95%CI: (1,36; 3,4)] lat u 2 000 pacjentów;
3,4 [95%CI: (2,2; 5,1)] lat u 1 000 pacjentów;
5,21 [95%CI: (3,73; 7,27)] lat u 500 pacjentów.
 - w przypadku zgonu z jakiegokolwiek przyczyny, przez:
2,48 [95%CI: (1,09; 5,62)] lat u 2 000 pacjentów;
3,77 [95%CI: (1,94; 7,33)] lat u 1 000 pacjentów;
5,21 [95%CI: (3,09; 10,08)] lat u 500 pacjentów.
- Badania przesiewowe w kierunku raka płuca z wykorzystaniem NDTK mogą prowadzić do istotnego statystycznie obniżenia ryzyka zgonu z powodu tego nowotworu, o:
 - 14% – RR=0,86 [95%CI: (0,77; 0,96)] (Duer 2023);
 - 14% – RR=0,86 [95%CI: (0,75; 0,98)] (Agrawal 2022);
 - 21% – RR=0,79 [95%CI: (0,72; 0,87)] (Bonney 2022);
 - 16% – RR=0,84 [95%CI: (0,75; 0,93)] (Hoffman 2020).
- Badania przesiewowe z wykorzystaniem NDTK nie mają istotnego statystycznie wpływu na ryzyko zgonu z jakiegokolwiek przyczyny (Duer 2023, Agrawal 2022, Hoffman 2020).
- Badania przesiewowe z wykorzystaniem NDTK prowadzą do istotnego statystycznie podwyższenia prawdopodobieństwa wykrycia tego nowotworu, o 76% – RR=1,76 [95%CI: (1,14; 2,72)] (Agrawal 2022).
- Badanie przesiewowe z wykorzystaniem NDTK w kierunku raka płuca odznacza się precyzją diagnostyczną na poziomie:
 - 97% [95%CI: (0,94; 0,98)] – czułość;
 - 87% [95%CI: (0,82; 0,91)] – swoistość (Guo 2023).

Działania informacyjno-edukacyjne:

- Jedynie działania z zakresu nawigacji pacjenta oraz strategie wielointerwencyjne miały istotny statystycznie wpływ na zwiększanie prawdopodobieństwa udziału pacjenta w programie przesiewowym w kierunku raka płuca z wykorzystaniem NDTK – RR=2,68 [95%CI: (1,77; 4,05)] dla obu interwencji (Satoh 2025).

- *Działania informacyjno-edukacyjne nt. nowotworów płuca mogą prowadzić do zwiększenia poziomu wiedzy uczestników oraz zachęcić ich do podjęcia decyzji do udziału w badaniach przesiewowych w kierunku tego nowotworu (Lin 2024, Saab 2021, Fukunaga 2020).*

Organicznie palenia tytoniu

- *Porzucenie nałogu palenia tytoniu, w okresie diagnozy, prowadzi do istotnej statystycznie poprawy przeżywalność ogólnej raka płuca, o 23% – RR=0,77 [95%CI: (0,66; 0,90)] (Caini 2022).*
- *Ograniczenie palenia tytoniu, wyrażonego jako liczba wypalanych dziennie papierosów, o co najmniej 50%, prowadzi do istotnego statystycznie obniżenia ryzyka wystąpienia raka płuca, o 28% – RR=0,72 [95%CI: (0,52; 0,91)] (Chang 2021).*

Modyfikacja diety

- *Osoby o wyższych wynikach przestrzegania zasad WCRF/AICR 2018 miały o 33% istotnie statystycznie niższe ryzyko wystąpienia raka płuca – RR=0,67 [95%CI: (0,55; 0,81)] (Malcomson 2023).*
- *Osoby, których wzorce żywieniowe były zgodne z dietą śródziemnomorską miały istotnie statystycznie niższe ryzyko wystąpienia raka płuca o 16% – RR=0,84 [95%CI: (0,77; 0,91)] (Bahrami 2022).*

Czynniki ryzyka

- *Osoby, które w przeszłości chorowały na gruźlicę płuca mają istotnie statystycznie wyższą szansę na wystąpienie raka płuca – OR=2,09 [95%CI: (1,62; 2,69)] (Sodeifian 2025).*
- *Osoby z wysoką ekspozycją na pył drzewny miały istotnie statystycznie podwyższone ryzyko wystąpienia drobnokomórkowego raka płuca o 41% – RR=1,41 [95%CI: (1,11; 1,80)] (Curiel-García 2024).*
- *Osoby z nadwagą lub otyłością, w porównaniu do osób o prawidłowej masie ciała lub niedowadze, miały istotnie statystycznie obniżone ryzyko wystąpienia raka płuca o 13% – RR=0,87 [95%CI: (0,75; 0,99)] (Shi 2024).*
- *Osoby z niedowagą (BMI<18,5) w porównaniu do osób o prawidłowej masie ciała miały istotnie statystycznie podniesione ryzyko wystąpienia raka płuca o 66% – RR=1,66 [95%CI: (1,12; 2,44)] (Shi 2024).*
- *Z istotnie statystycznie zwiększonym ryzykiem wystąpienia raka płuca związana była obecność:*
 - *insulinooporności – RR=2,35 [95%CI: (1,55; 3,58)];*
 - *cukrzycy, o 11% – RR=1,11 [95%CI: (1,06; 1,16)] (Liu 2024).*
- *Osoby z zespołem metabolicznym miały istotnie statystycznie wyższe ryzyko:*
 - *wystąpienia raka płuca o 15% – RR=1,15 [95%CI: (1,05; 1,26)]*

- zgonu z powodu raka płuca o 46% – $RR=1,46$ [95%CI: (1,19; 1,79)] (Zhang 2023).
- Zaburzenia oddychania podczas snu istotnie statystycznie zwiększały ryzyko wystąpienia raka płuca o 28% – $RR=1,28$ [95%CI: (1,11; 1,47)] (Ma 2022).

Rekomendacje naukowe dotyczące profilaktyki i wczesnego wykrywania płuc wskazują następujące obszary:

1) Populacja docelowa działań profilaktycznych

Zgodnie z zapisami rekomendacji, działaniami profilaktycznymi w kierunku raka płuca powinna być objęta populacja osób powyżej 50 r.ż., u których stwierdza się historię palenia tytoniu ≥ 20 paczkolet (CAR CSTR 2025, NCCN 2025, ACS 2023, USPSTF 2021). Dodatkowo jedna z wytycznych podkreśla także istotność realizacji tych działań wśród populacji skrajnie wysokiego ryzyka wystąpienia tego nowotworu. Dotyczy to przykładowo osób z wcześniejszą historią nowotworu płuca (zarówno w historii osobistej, jak i rodzinnej), narażonych na bierne palenie oraz tych, które wykonują zawód wiążący się ze wzrostem ryzyka zachorowania (NCCN 2025).

2) Badania przesiewowe

Dostępne rekomendacje towarzystw naukowych pozostają zgodne w zakresie zasadności realizacji badań przesiewowych w kierunku raka płuca. Ich realizacja opiera się docelowo na niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK), u każdej osoby przynależącej do grupy ryzyka (CAR CSTR 2025, NCCN 2025, ACS 2023, PTOK 2022, USPSTF 2021). Dodatkowo, jedna z organizacji podkreśla, że badania przesiewowe nie mogą stanowić substytutu dla eliminacji czynnika ryzyka, jakim jest palenie tytoniu (ACS 2023).

3) Działania informacyjno-edukacyjne

Dostępne rekomendacje podkreślają istotę realizacji działań informacyjno-edukacyjnych w populacji wysokiego ryzyka wystąpienia raka płuca. Działania z tego zakresu powinny zostać ukierunkowane na zwiększenie wiedzy pacjentów o dostępności do badań przesiewowych, korzyściach z nich wynikających oraz bezpieczeństwie NDTK (CAR CSTR 2025, ACS 2023, PTOK 2022). Ponadto, kluczowym elementem działań informacyjno-edukacyjnych jest także zachęcenie osób z grup ryzyka do porzucenia nałogu palenia tytoniu. Wynika to z faktu, że nałóg ten jest bezpośrednio powiązany ze wzrostem ryzyka wystąpienia omawianego nowotworu. W efekcie rekomendacje zalecają skupienie edukacji na ograniczeniu, a najlepiej całkowitej eliminacji jego wpływu (CAR CSTR 2025, NCCN 2025, ACS 2023, PTOK 2022, USPSTF 2021).

Wskaźniki monitorowania i ewaluacji

Mierniki, które powinny zostać uwzględnione w związku z realizacją PPZ:

Ocena zgłaszalności do programu:

- *Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;*
- *Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym;*
- *Liczba świadczeniobiorców, którzy skorzystali z badania NDTK;*
- *Liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej;*
- *Liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów;*
- *Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału.*

Ocena jakości świadczeń w ramach programu:

- *Każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;*
- *Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta;*
- *Ewaluacja powinna obejmować co najmniej:*
 - *Liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);*
 - *Liczba świadczeniobiorców, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);*
 - *Liczba świadczeniobiorców, u których doszło do zdiagnozowania podejrzenia raka płuca w badaniu NDTK;*
 - *Liczba świadczeniobiorców, którym wydano kartę DiLO.*

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48aa ust. 1, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146), z uwzględnieniem z uwzględnieniem raportu w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów nr: DPPZ.434.1.2025 „Wczesne wykrywanie raka płuca”, Warszawa, sierpień 2025 r.