



Rekomendacja nr 57/2025

z dnia 9 maja 2025 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem płuca oraz innymi nowotworami klatki piersiowej” jako świadczenia gwarantowanego

Prezes Agencji rekomenduje zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem płuca oraz innymi nowotworami klatki piersiowej” jako świadczenia gwarantowanego.

Uzasadnienie rekomendacji

Przedmiotowa rekomendacja dotyczy zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem płuca oraz innymi nowotworami klatki piersiowej” (model kompleksowej opieki onkologicznej) jako świadczenia gwarantowanego. Celem wprowadzenia modelu jest zapewnienie wysokiej jakości i efektywności udzielanych świadczeń, ciągłości opieki oraz racjonalnego wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na leczenie tej grupy pacjentów.

Wszystkie procedury medyczne uwzględnione w proponowanym modelu kompleksowej opieki onkologicznej dla pacjentów z nowotworami płuca i innymi nowotworami klatki piersiowej są już obecnie świadczeniami gwarantowanymi, realizowanymi zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktami wykonawczymi.

Proponowany model kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentami z nowotworem płuca oraz innymi nowotworami klatki piersiowej, zarekomendowany przez Krajową Radę Onkologiczną, obejmuje propozycje warunków realizacji dla modułu diagnostycznego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), leczenia szpitalnego (LSZ), rehabilitacji (REH) oraz funkcjonowania centrum kompetencji. Zakłada on, że Centra Kompetencji Raka Płuca i Innych Nowotworów Klatki Piersiowej zapewnią odpowiednie warunki organizacyjne, w tym pełen zakres diagnostyki i leczenia, koordynację procesu terapeutycznego, dostęp do wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów oraz systematyczne monitorowanie wyników leczenia.

Odnalezione wytyczne praktyki klinicznej podkreślają konieczność prowadzenia diagnostyki i leczenia nowotworów klatki piersiowej w wyspecjalizowanych ośrodkach, z udziałem

zespołów interdyscyplinarnych oraz z zapewnieniem pełnego zakresu procedur diagnostycznych (w tym molekularnych) i terapeutycznych. Wytyczne są spójne co do standardów medycznych, lecz nie zawierają szczegółowych zaleceń dotyczących organizacyjnych aspektów realizacji świadczeń.

Oszacowania przedstawione w analizie wpływu na budżet płatnika publicznego dokonano w dwóch wariantach. Wariant pierwszy obejmuje 13 podmiotów realizujących samodzielnie leczenie zabiegowe, radioterapię oraz chemioterapię. Wariant drugi uwzględnia łącznie 54 podmioty, w tym wszystkie z wariantu pierwszego, a także dodatkowe realizujące wybrane świadczenia w obszarze objętym opieką kompleksową, które mogą współpracować w ramach konsorcjów. W ujęciu rocznym szacowane koszty wynikające z wprowadzonych zmian sposobu finansowania wyniosą od około 55 mln zł w wariantcie pierwszym do około 153,1 mln zł w wariantcie drugim.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia: „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem płuca oraz innymi nowotworami klatki piersiowej” jako świadczenia gwarantowanego, na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.).

Problem zdrowotny

Rak płuca jest jednym z najczęściej występujących nowotworów w Polsce i na świecie, stanowiący ok. 90% nowotworów zlokalizowanych w obrębie klatki piersiowej. Do pozostałych nowotworów należą rakowiaki, złośliwy międzybłoniak opłucnej i złośliwe nowotwory śródpiersia. Najrzadziej występującym nowotworem jest rak tchawicy, który stanowi od 0,1% do 0,4% wszystkich chorób rozrostowych klatki piersiowej.

Pierwotny rak płuca jest nowotworem pochodzącym z komórek nabłonkowych. Podział pierwotnych nowotworów płuca:

- niedrobnokomórkowy rak płuca (NDRP), stanowi ok. 80% przypadków zachorowań;
- drobnokomórkowy rak płuca (DRP), stanowiącego około 15% wszystkich rozpoznań raka płuc;
- rzadkie nowotwory płuca, które stanowią pozostałe 5% rozpoznań;
- nienabłonkowe nowotwory płuca (rzadkie).

Rak płuca należy do najgorzej rokujących nowotworów – odsetek 5-letnich przeżyć ogółu chorych wynosi 10–15%.

Alternatywna technologia medyczna

Realizacja świadczeń onkologicznych w diagnostyce i leczeniu nowotworu płuca oraz innych nowotworów klatki piersiowej odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wydanych na jej podstawie. Zakres tych świadczeń uregulowany jest rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego i rehabilitacji leczniczej, określających ich wykaz i warunki realizacji.

Opis wnioskowanego świadczenia

Model kompleksowej opieki onkologicznej obejmuje:

- moduł diagnostyczny AOS:
 - porady specjalistyczne z zakresu onkologii lub chemioterapii lub chorób płuc, chirurgii klatki piersiowej we współpracy z Centrum Kompetencji Raka Płuca oraz innych nowotworów klatki piersiowej;
 - realizacja obejmuje:
 - diagnostykę onkologiczną, na podstawie karty DILO;
 - zakończenie procesu diagnostycznego z określeniem co najmniej typu i podtypu histologicznego nowotworu;
 - realizację porad specjalistycznych lub procedur diagnostycznych udzielanych w ramach procesu leczenia;
 - realizację przez okres do 5 lat procesu monitorowania po zakończonym leczeniu;
- moduł leczenia szpitalnego:
 - realizacja wybranych czynności i procedur medycznych w zależności od stanu klinicznego oraz preferencji świadczeniobiorcy, m.in. z zakresu:
 - diagnostyki i monitorowania choroby nowotworowej;
 - leczenia zabiegowego;
 - leczenia żywieniowego dojelitowego i pozajelitowego;
 - teleradioterapii;
 - brachyterapii;
 - leczenia systemowego;
 - leczenia skojarzonego (RCHT);
 - porad: psychologa lub psychoonkologa, żywieniowa, antynikotynowa;
 - świadczeń towarzyszących;
- moduł rehabilitacji leczniczej:
 - realizacja na poziomie REH w warunkach stacjonarnych (ogólnoustrojowa lub pulmonologiczna) albo ośrodka lub oddziału dziennego (ogólnoustrojowa lub pulmonologiczna);
 - etapy realizacji świadczenia:
 - ocena zespołu terapeutycznego z określaniem indywidualnego planu;
 - terapia i opieka, w tym: opiekę lekarską, opiekę pielęgniarską, zabiegi fizjoterapeutyczne, edukację pacjenta (m.in. w zakresie nauki samoopieki, poradnictwa antynikotynowego, niezbędnego instruktażu);
 - monitorowanie procesu terapeutycznego określonego w planie terapii;
- centrum kompetencji:
 - realizuje i koordynuje realizację świadczenia oraz realizuje i koordynuje program wczesnego wykrywania raka płuca za pomocą niskodawkowej TK;
 - opracowuje, wdraża i stosuje standardowe procedury postępowania określające zasady diagnostyki i leczenia we wszystkich stadiach zaawansowania;

- opracowuje, wdraża i stosuje system poprawy jakości i efektywności udzielanych świadczeń;
- zapewnia możliwość konsultacji wielospecjalistycznych koniecznych w procesie opieki nad pacjentem.

Szczegółowy opis modelu został przedstawiony w Raporcie Analitycznym.

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Model kompleksowej opieki onkologicznej w zakresie nowotworów płuc oraz innych nowotworów klatki piersiowej, w ramach którego udzielane będą świadczenia zdrowotne obejmuje aktualnie dostępne świadczenia gwarantowane z zakresów: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne oraz rehabilitacja lecznicza. W związku z powyższym odstąpiono od oceny skuteczności i bezpieczeństwa wnioskowanego modelu.

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Ze względu na charakter przedmiotowego zlecenia odstąpiono od oceny efektywności kosztowej ocenianego modelu.

Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930, z późn. zm.)

Nie dotyczy.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Na potrzeby analizy przeanalizowano dane dotyczące świadczeń sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia w okresie od stycznia do czerwca 2024 r.

Do oszacowania przyjęto współczynnik korygujący na poziomie 1,15, zgodny z obecnie stosowanym przy rozliczaniu świadczeń w ramach kompleksowej opieki onkologicznej.

Uwzględniono przekazane warunki realizacji świadczeń, dotyczące zarówno kryteriów kwalifikacji pacjentów jak i wskazanych procedur oraz interwencji medycznych. Na ich podstawie dokonano przyporządkowania świadczeń do odpowiednich produktów rozliczeniowych i obliczono koszt związany z zmianą sposobu finansowania, tj. zastosowania współczynnika korygującego.

Oszacowania wpływu na budżet płatnika dokonano w dwóch wariantach:

- wariant 1 - dotyczy podmiotów, które samodzielnie realizują leczenie zabiegowe, radioterapię, chemioterapię (13 podmiotów);
- wariant 2 - dotyczy świadczeniodawców wskazanych w wariantcie 1 oraz dodatkowych podmiotów, realizujących wybrane świadczenia w obszarze objętym opieką kompleksową. Jednostki te mogą współpracować w ramach konsorcjów, zgodnie z informacjami przekazanymi przez eksperta klinicznego (łącznie 54 podmioty);

Liczebność populacji docelowej oszacowano na:

wariant 1:

- 41 770 ogółem, w tym:
 - 17 834 - moduł realizowany w LSZ;
 - 110 – moduł rehabilitacja;
 - 35 204 – moduł realizowany w AOS;

variant 2:

- 91 700 ogółem, w tym:
 - 50 168 - moduł realizowany w LSZ;
 - 110 – moduł rehabilitacja;
 - 69 749 – moduł realizowany w AOS.

Wyniki analizy wpływu na budżet wskazują, że szacowane roczne koszty wynikające ze zmiany sposobu finansowania świadczeń przez płatnika publicznego wyniosą:

- 55 mln zł – wariant 1;
- 153,1 mln zł – wariant 2.

Ograniczenia analizy

Na niepewność oszacowań analizy wpływu na budżet mają wpływ poniższe czynniki:

- estymowane wartości wpływu na budżet płatnika oraz wielkości populacji docelowej zostały opracowane na podstawie danych z okresu od stycznia do czerwca 2024 r., które mogą nie w pełni odzwierciedlać rzeczywiste zapotrzebowanie, przyszłe trendy oraz dynamikę zmian w zakresie objętych świadczeń;
- brak szczegółowych informacji o potencjalnych realizatorach świadczeń ogranicza możliwość precyzyjnego prognozowania kosztów, w szczególności ze względu na różnice w strukturze, skali działalności oraz efektywności poszczególnych podmiotów;
- oszacowania oparto na danych sprawozdawczych, które nie uwzględniają potencjalnego wprowadzenia nowych produktów rozliczeniowych, zwłaszcza w zakresie opieki kompleksowej. Ich ewentualna implementacja może znacząco wpłynąć na rzeczywisty poziom kosztów względem przyjętych założeń;
- prognozy nie uwzględniają przyszłego wzrostu wartości jednostkowej świadczeń ani możliwych zmian w taryfach, które mogłyby wpłynąć na końcowe szacunki budżetowe.

Oszacowania NFZ

Koszty leczenia pacjentów z nowotworami płuca i klatki piersiowej w 2024 r. wyniosły ponad 2,5 mld zł.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

Nie dotyczy.

Opinie ekspertów klinicznych

Zgodnie z opinią ekspertów, wnioskowane świadczenie powinno zostać objęte finansowaniem w ramach świadczeń gwarantowanych. Eksperci podkreślają, że wdrożenie modelu kompleksowej opieki przyczyni się do skrócenia czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie, a także zapewni pacjentom równy i sprawiedliwy dostęp do świadczeń medycznych na jednolitym poziomie jakości.

Jeden z ekspertów zwrócił uwagę na konieczność stworzenia centralnej, ogólnodostępnej platformy bazodanowej, zawierającej informacje dotyczące przebiegu procesów diagnostycznych i terapeutycznych. Taka platforma miałaby na celu umożliwienie bieżącego monitorowania jakości udzielanych świadczeń oraz oceny efektywności kosztowej wdrożonego modelu opieki. W odniesieniu do kwestii organizacyjnych ekspert ten zaproponował również obniżenie progu dotyczącego liczby przeprowadzanych resekcji mięszu płuc oraz rezygnację z wymogów liczbowych w zakresie wykonywania badań zdolności dyfuzyjnej i spirometrii.

Z kolei drugi ekspert wskazał na potrzebę włączenia porady pielęgniarki onkologicznej jako integralnego elementu zarówno modułu leczenia szpitalnego, jak i etapu rehabilitacji leczniczej.

Uwagi do opisu świadczenia

W wymaganiach dotyczących realizacji świadczeń zawarto obowiązek wykonania w pracowni badań czynnościowych układu oddechowego w ostatnim roku kalendarzowym co najmniej „30 badań spiroergometrycznych (CPET)”, natomiast w przypadku kwalifikacji warunkowej wskazano jedynie „zapewnienie dostępu do CPET”. Należy jednak zaznaczyć, że CPET nie zostało uwzględnione w ocenianych projektach rozporządzeń, nie figuruje w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu LSZ ani AOS, a obecnie jest ono dostępne wyłącznie w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Ponadto, w odniesieniu do rozpoznania ICD-10 „C45 Złośliwy międzybłoniak opłucnej”, uwzględnionego w kryteriach kwalifikacji zarówno do modułu leczenia szpitalnego, jak i modułu rehabilitacji, należy zauważyć, że zgodnie z obowiązującym słownikiem kodów ICD-10, kod „C45 Międzybłoniak” obejmuje szerszą grupę rozpoznań. Oprócz opłucnej (C45.0 Międzybłoniak opłucnej), uwzględnia on także otrzewną (C45.1 Międzybłoniak otrzewnej), osierdzie (C45.2 Międzybłoniak osierdza), inne określone lokalizacje (C45.7 Międzybłoniak o innym umiejscowieniu) oraz lokalizacje nieokreślone (C45.9 Międzybłoniak, umiejscowienie nieokreślone). W związku z tym przypisanie całego kodu C45 wyłącznie do międzybłoniaka opłucnej może budzić wątpliwości interpretacyjne i wymaga doprecyzowania.

Zgodnie z opinią NFZ porada żywieniowa i porada antynikotynowa, jako elementy opieki szpitalnej, powinny być finansowane w ramach uśrednionych kosztów świadczeń rozliczanych przez grupy JGP, ponieważ nie określono dla nich szczegółowych warunków realizacji i nie stanowią one samodzielnych produktów rozliczeniowych. Procedura 92.312 Obrazowo monitorowana stereotaktyczna i cybernetyczna mikroradioterapia (OMSCMRT) jest rozliczana jako teleradioterapia stereotaktyczna. Rehabilitacja może być wdrożona na wzór KON-Pierś, jednak wymaga doprecyzowania organizacyjnego. Diagnostyka patomorfologiczna i badania genetyczne są obecnie finansowane poprzez produkty do sumowania w ramach obowiązujących zarządzeń szpitalnych i AOS. NFZ podkreśla, że projekt KON-Płuco powinien być zgodny z wypracowanymi wcześniej modelami opieki kompleksowej i uwzględniać rozwiązania Krajowej Sieci Onkologicznej. W stanowisku NFZ zgłoszono szereg uwag do projektu, m.in. dotyczących niepełnych wymagań wobec świadczeniodawców (np. brak obowiązkowego oddziału chirurgii klatki piersiowej), nieścisłości w zakresie organizacji i personelu, niespójności w opisie rehabilitacji.

Szczegóły zostały przedstawione w Raporcie Analitycznym i stanowisku Prezesa NFZ.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Przedmiotem analizy racjonalizacyjnej jest identyfikacja mechanizmu, którego wprowadzenie spowoduje uwolnienie środków publicznych w wysokości odpowiadającej co najmniej wzrostowi kosztów wynikającemu z podjęcia pozytywnej decyzji o refundacji wnioskowanej technologii medycznej.

Analiza racjonalizacyjna jest przedkładana jeżeli analiza wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych wykazuje wzrost kosztów refundacji.

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji wydawanych w odniesieniu do ocenianej technologii

Rekomendacje kliniczne

W ramach aktualizacji opracowania analitycznego nr WS.434.4.2018 w zakresie rekomendacji i wytycznych praktyki klinicznej do analizy włączono łącznie 10 dokumentów opublikowanych w latach 2020–2025, dotyczących badań diagnostycznych oraz procedur terapeutycznych. będących elementem wnioskowanego świadczenia, w tym:

- 2 publikacje opracowane na podstawie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO):
 - wytyczne Narodowego Instytutu Onkologii dotyczące postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach klatki piersiowej (NIO 2022);
 - kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej obejmujące organizację i postępowanie kliniczne w nowotworach klatki piersiowej (KZ 2024);
- 4 dokumenty stanowiące aktualizację wytycznych praktyki klinicznej uwzględnionych w opracowaniu AOTMiT nr WS.434.4.2018 z dnia 14 grudnia 2018 r. pt. „Kompleksowa opieka onkologiczna – model organizacji diagnostyki i leczenia nowotworów płuca”: ESMO 2020, 2021a, 2021b, NCCN (2025);
- 4 aktualne wytyczne praktyki klinicznej dotyczące diagnostyki i leczenia pozostałych nowotworów klatki piersiowej, objętych zakresem niniejszego opracowania: ASCO 2025, ESMO 2021c i 2021d, NCCN 2024.

Analiza aktualnych wytycznych praktyki klinicznej wskazuje na szereg zaleceń dotyczących organizacji opieki, diagnostyki i leczenia nowotworów klatki piersiowej:

- rekomenduje się utworzenie wyspecjalizowanych ośrodków zajmujących się kompleksową diagnostyką i leczeniem nowotworów klatki piersiowej (NIO 2022, ESMO 2021d);
- opracowanie planu leczenia powinno odbywać się w ramach zespołów interdyscyplinarnych, obejmujących specjalistów z zakresu chirurgii, radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej, pulmonologii interwencyjnej oraz – w razie potrzeby – radiologii i onkologii interwencyjnej (ASCO 2025, NCCN 2025, ESMO 2021b);
- diagnostyka obrazowa, endoskopowa, patomorfologiczna i molekularna:
 - standardowa diagnostyka obejmuje badania RTG, tomografię komputerową (TK), rezonans magnetyczny (RM) klatki piersiowej oraz bronchofiberoskopię (ASCO 2025, KZ 2024, NIO 2022, ESMO 2021c);
 - badania patomorfologiczne powinny być uzupełnione o testy immunohistochemiczne oraz ocenę statusu genów EGFR, ALK i ROS1 (ASCO 2025, KZ 2024, NIO 2022, ESMO 2020);
 - zaleca się stosowanie diagnostyki molekularnej z wykorzystaniem technologii NGS, szczególnie w celu identyfikacji mutacji w genie KRAS (NCCN 2025, ESMO 2020);
- leczenie operacyjne:
 - w szczególnych przypadkach klinicznych zaleca się konsultację w wyspecjalizowanym ośrodku o dużym doświadczeniu operacyjnym (NCCN 2025);

- przed zaplanowanym leczeniem radykalnym należy przeprowadzić ocenę wydolności układu sercowo-naczyniowego i oddechowego (NCCN 2024, NIO 2022);
- preferowaną metodą leczenia zabiegowego w przypadku niedrobnokomórkowego raka płuca jest resekcja miąższu płucnego z jednoczesnym usunięciem węzłów chłonnych i śródpiersia (KZ 2024, NIO 2022, ESMO 2021b);
- w celu zmniejszenia wysięku w jamie opłucnej zaleca się wykonanie pleurodezy lub implantację tunelowego cewnika opłucnowego (ASCO 2025, NIO 2022, ESMO 2021c);
- leczenie systemowe:
 - w zależności od stopnia zaawansowania choroby, typu histologicznego oraz charakterystyki molekularnej nowotworu, rekomenduje się zastosowanie radioterapii i/lub chemioterapii (KZ 2024, NIO 2024);
 - schematy chemioterapii powinny uwzględniać zastosowanie cisplatyny w zależności od typu histologicznego nowotworu (NIO 2024);
- leczenie wspomagające:
 - wczesna rehabilitacja powinna być wdrażana u pacjentów po resekcji miąższu płucnego, a także u chorych z rozsiałym stadium rakowiaków oraz nowotworów grasicy (KZ 2024, NIO 2022, ESMO 2021d);
 - zaleca się zapewnienie dostępu do wsparcia psychologicznego lub – w razie potrzeby – konsultacji psychiatrycznych (KZ 2024);
- monitorowanie i opieka po zakończeniu leczenia (*follow-up*) - kontrolne wizyty ambulatoryjne powinny odbywać się co 6 miesięcy przez pierwsze dwa lata, a następnie raz w roku (NIO 2022, ESMO 2021a).

Wytyczne praktyki klinicznej są zbieżne w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów klatki piersiowej, podkreślając znaczenie prowadzenia terapii w wyspecjalizowanych ośrodkach dysponujących odpowiednim doświadczeniem. Niemniej we włączonych do analizy dokumentach nie odnaleziono informacji odnoszących się do:

- aspektów organizacyjnych świadczenia usług przez te ośrodki, w szczególności w kontekście poziomów opieki oraz wymaganych kwalifikacji i doświadczenia;
- zasad i warunków udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej;
- dostępności poradnictwa dietetycznego.

Szczegółowe rekomendacje i zalecenia praktyki klinicznej przedstawiono w Raporcie Analitycznym.

Rozwiązania organizacyjne w innych krajach

W wyniku aktualizacji odnaleziono informacje dotyczące rozwiązań organizacyjnych przyjętych w 4 krajach (Czechy, Francja, Wielka Brytania, Szwajcaria) dotyczących zasad realizacji i finansowania kompleksowej opieki nad pacjentem z nowotworem klatki piersiowej.

Na podstawie zebranych informacji dotyczących organizacji opieki onkologicznej w czterech analizowanych krajach można wskazać:

- ścieżka diagnostyczna opiera się na jak najszybszym zapewnieniu dostępu do badań obrazowych, patomorfologicznych i molekularnych (Szwajcaria, Wielka Brytania);
- funkcjonują rozbudowane sieci ośrodków onkologicznych specjalizujących się w leczeniu raka płuca (Czechy, Wielka Brytania, Szwajcaria);

- decyzje terapeutyczne podejmowane są przez wielodyscyplinarne komisje onkologiczne, w skład których wchodzi głównie specjaliści z zakresu chirurgii klatki piersiowej, onkologii i radiologii, dodatkowo we Francji i Szwajcarii także lekarze specjaliści w dziedzinie pulmonologii;
- obowiązują formalne wymogi dotyczące minimalnej liczby zabiegów wykonywanych rocznie przez oddziały chirurgii klatki piersiowej (Szwajcaria);
- dobrze rozwinięta i równomierna sieć ośrodków onkologicznych umożliwia przenoszenie części opieki nad pacjentem z poziomu szpitalnego do warunków ambulatoryjnych (Szwajcaria);
- istotnym elementem systemów opieki zdrowotnej są ogólnokrajowe rejestry nowotworów, zasilane danymi raportowanymi przez świadczeniodawców, wspierające monitorowanie i ocenę jakości opieki (Francja, Szwajcaria, Wielka Brytania).

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 28.03.2025 r. Ministra Zdrowia (znak pisma DLG.742.2.2025.GK), w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem płuca oraz innymi nowotworami klatki piersiowej (moduł leczenia szpitalnego, moduł diagnostyczny AOS, moduł rehabilitacji, oraz warunki dla centrum kompetencji)” jako świadczenia gwarantowanego, na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.) po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości nr 52/2025 z dnia 5 maja 2025 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem płuca oraz innymi nowotworami klatki piersiowej” jako świadczenia gwarantowanego.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 52/2025 z dnia 5 maja 2025 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem płuca oraz innymi nowotworami klatki piersiowej” jako świadczenia gwarantowanego;
2. „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem płuca oraz innymi nowotworami klatki piersiowej. Ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia jako świadczenia gwarantowanego”. Raport w sprawie oceny świadczenia z zakresu programów zdrowotnych. Nr: WS.420.5.2025. Data ukończenia: 30.04.2025 r.