



## **Rekomendacja nr 98/2025**

**z dnia 25 lipca 2025 r.**

### **Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Program wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu programów zdrowotnych**

**Prezes Agencji rekomenduje** zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Program wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu programów zdrowotnych.

#### **Uzasadnienie rekomendacji**

Przedmiotem oceny jest kwalifikacja świadczenia „Program wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu programów zdrowotnych. Populację docelową programu stanowią osoby dorosłe ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka płuca tj. wiek 50-74 r.ż; całkowita konsumpcja tytoniu  $\geq 20$  paczkolet spełniające kryteria włączenia zaproponowane w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ). Należy podkreślić, że eksperci kliniczni ankietowani przez Agencję potwierdzają zasadność przyjęcia tych kryteriów.

Aktualnie tego typu świadczenie jest realizowane w ramach Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) jako jeden z elementów Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030. Warto nadmienić, że w latach 2021–2023 program ten był prowadzony w formie pilotażu i wówczas wykonano ponad 39 tys. badań, wykryto 330 przypadków raka płuca, z czego znaczna większość bo 219 było operacyjnych.

W odnalezionych wytycznych praktyki klinicznej w badaniach przesiewowych w kierunku raka płuca zaleca się zastosowania niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK), a jako kryterium kwalifikacji wskazuje się wiek 50–80 lat i konsumpcja  $\geq 20$  paczkolet. Zatem można przyjąć, że analizowana grupa docelowa w dużej mierze pokrywają się z wytycznymi.

Ocena skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania wnioskowanej technologii została przeprowadzona w oparciu odnalezione przeglądy systematyczne, metaanalizy i badania pierwotne. Podsumowując wyniki skryning NDTK vs. rentgenografia (RTG) klatki piersiowej lub braku skryningu istotnie statystycznie redukuje ryzyka zgonu o 12 – 28% (w zależności od publikacji włączonej do analizy), a także umożliwia identyfikację nowotworów w fazie, w której możliwe jest wdrożenie radykalnego leczenia.

Odnaleziona i włączona do oceny analiza ekonomiczna (KCE 2024 Belgia) wskazuje, że proponowany program może okazać się kosztowo efektywny – przy koszcie uzyskania QALY poniżej progu efektywności kosztowej, szczególnie w dłuższej perspektywie, dzięki ograniczeniu kosztów leczenia zaawansowanych stadiów raka płuca.

Z przeprowadzonej przez Agencję analizy wpływu na budżet wynika, że pozytywna decyzja o finansowaniu przedmiotowego świadczenia w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu

programów zdrowotnych w perspektywie czterech lat będzie wiązała się ze skutkiem finansowym w zakresie od 147,7 mln zł do 154,1 mln zł w zależności od przyjętego wariantu<sup>1</sup>. Podstawowa niepewność oszacowań związana jest z wielkością populacji docelowej.

Prezes NFZ w swojej opinii podkreślił, że niezależnie od przyjętego wariantu, skutek finansowy dla NFZ będzie istotny i wymaga odpowiedniego zabezpieczenia środków.

Analiza rozwiązań międzynarodowych wskazuje, że programy skriningowe z wykorzystaniem NDTK są finansowane w Chorwacji, Czechy, Estonii, Francji, Hiszpanii, Niemczech, Wielkiej Brytanii, a przyjęte w nich założenia organizacyjne, kryteria kwalifikacji są zbieżne z rozwiązaniami przedstawionymi w KŚOZ.

Po zapoznaniu się ze stanowiskiem Rady Przejrzystości, opiniami ekspertów klinicznych i Prezesa NFZ oraz mając na uwadze wyniki przeprowadzonych analiz Prezes Agencji rekomenduje jak w sentencji.

W ocenie Prezesa, w sytuacji zakwalifikowania ocenianego świadczenia jako świadczenie gwarantowane, zasadne będzie przeprowadzenie formalnego procesu wyceny, uwzględniającego rzeczywiste koszty realizacji poszczególnych elementów programu. Powyższe umożliwi precyzyjne oszacowanie wpływu programu na budżet płatnika, a także zapewni odpowiednie jego finansowanie.

### **Przedmiot wniosku**

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: „Program wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu programów zdrowotnych, 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**

Terminem rak płuca (kod C34 według klasyfikacji ICD-10) określa się raka tchawicy, oskrzeli (dróg oddechowych) i miększu płucnego (pęcherzyków płucnych). Pierwotny rak płuca jest nowotworem pochodzącym z komórek nabłonkowych, który dzieli się na:

- niedrobnokomórkowy rak płuc – rozpoznawany u 80-85% przypadków;
- drobnokomórkowy rak płuc – rozpoznawany w 15% przypadków;
- rzadkie postacie nabłonkowych i nienabłonkowych nowotworów płuca (<5%).

Do typowych objawów nowotworów klatki piersiowej należy ograniczenie wydolności oddechowej lub duszność, ból w klatce piersiowej, krwiotłucie lub częste zapalenia płuc. Głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka płuca jest aktywne palenie tytoniu. Również biernie palenie tytoniu wiąże się z ryzykiem zachorowania na raka płuca (20-50% osób „niepalących” chorujących na raka płuca, to bierni palacze).

Rak płuca jest najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce i przyczyną największej liczby zgonów z powodu chorób nowotworowych. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce w 2022 r. odnotowano 20,7 tys. zachorowań na nowotwór złośliwy oskrzeli i płuca, natomiast wg. prognozy ujętej w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w 2029 r. będzie to już ponad 32,5 tys. przypadków nowych zachorowań. Z powodu nowotworu płuca w 2022 r. zarejestrowano ponad 26 tys. zgonów, co stanowi 22% ogólnej liczby zgonów z powodu nowotworów.

Dane NFZ za 2023 r. wskazują, że liczba pacjentów (unikalne numery PESEL) z rozpoznaniem głównym i/lub współistniejącym ICD-10: C34 wyniosła 163 548.

### **Alternatywna technologia medyczna**

W ramach prowadzonej oceny przyjęto, że w przypadku przesiewu NDTK komparatorem jest brak skriningu.

### **Opis wnioskowanego świadczenia**

<sup>1</sup> wariant I – wycena procedury 381 zł.; wariant II – wycena 401,76 zł.

Oceniana interwencja dotyczy profilaktycznej procedury diagnostycznej za pomocą NDTK w populacji osób w wieku 50–74 lata z konsumpcją tytoniu  $\geq 20$  paczkolet i okresem abstynencji tytoniowej  $\leq 15$  lat, które spełniają kryteria włączenia do programu<sup>2</sup>. Świadczenie jest powtarzanym w odstępach czasowych kilkietapowym procesem składającym się ze „zwalidowanych standardów medycznych” zintegrowanych z aktywnym poradnictwem antytytoniowym. Poszczególne elementy tego procesu szczegółowo opisano w KŚOZ oraz Raporcie Analitycznym Agencji (RAA).

NDTK klatki piersiowej jest badaniem, bez użycia kontrastu, o dawce promieniowania stanowiącej około 10-30% dawki standardowego badania tomograficznego klatki piersiowej. Badanie jest dedykowane wykrywaniu nieuwapnionych guzków, które mogą nasuwać podejrzenie raka płuca w zależności od ich morfologii i wielkości (guzki lite, częściowo lite, typu „mlecznej szyby”). NDTK ma mniejszą wartość w diagnostyce guzków o nielitej morfologii oraz zmian o typie mlecznej szyby.

W latach 2021–2023 WWRP w formie pilotażu był finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER). W tym okresie wykonano ponad 39 tys. badań NDTK (średnio 2 badania na osobę), zidentyfikowano ponad 13 000 skategoryzowanych guzków i wykryto 330 przypadków raka płuca, z czego 219 było operacyjnych, u ok 8 500 osób zidentyfikowano zmiany radiologiczne<sup>3</sup>. Przedstawione w raporcie końcowym Rady ds. Oceny i Ewaluacji Programu Przesiewowego WWRP mierniki efektywności programu nie pozwalają jednak na uzyskanie pełnej wiedzy o rzeczywistej skuteczności prowadzenia działań przesiewowych – dokument szczegółowo omówiono w RAA.

Świadczenie związane z zastosowaniem NDTK w profilaktyce raka płuca aktualnie jest realizowane w ramach WWRP jako jeden z elementów Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030.

#### **Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa**

Do analizy włączono osiem przeglądów systematycznych/metaanaliz ujętych w Raporcie Agencji z 2019 r.<sup>4</sup> (Huang 2019, Snowsill 2018, Wang 2018, Ali 2016, Fu 2016, Manser 2013, Gopal 2010, Humphrey 2013), a w ramach jego aktualizacji przegląd systematyczny Pacheco 2024 (zawierający metaanalizy: Hunger 2021, Ebell 2020, Hoffman 2020, Sadate 2020, Tang 2019, Fu 2014; przeglądy systematyczne: Jonas 2021, Bach 2012; badanie RCT: Koning 2020), a także 13 badań RCT ujętych w odnalezionych metaanalizach i przeglądach systematycznych (LUSI 2019, MILD 2019, CHINA 2018, LSS 2018, ITALUNG 2017, DLCST 2016, GERMAN 2015, NLST 2011, DANTE 2009, DANISH 2009, DEPISCAN 2007, GARG 2002).

Szczegółowe informacje dotyczące włączonych publikacji przedstawiono w RAA.

#### **Skuteczność i bezpieczeństwo**

Wyniki włączonych do analizy publikacji wskazują istotnie statystycznie wyższą skuteczność skryningu NDTK w porównaniu do RTG klatki piersiowej, standardowej opieki lub braku skryningu, w zakresie:

- śmiertelności z powodu raka płuca - redukcja ryzyka zgonu wynosi w zależności od włączonej publikacji 12 – 28% (RR 0,78 [95%CI 0,68-0,89] (Huang 2019); RR=0,84 [95%CI 0,74-0,96] (Fu 2016); RR=0,81 [95% CI: 0,72-0,91] (Humphrey 2013); RR=0,88 [95% CI: 0,79-0,97] (Hunger 2021); RR=0,84 [95% CI: 0,75-0,93] (Hoffman 2020); RR=0,83 [95%CI: 0,76-0,91] (Sadate 2020); RR=0,84 [95%CI: 0,75-0,95, p=0,004] (Tang 2019); OR=0,84 [95%CI: 0,74-0,96] (Fu 2014); 20% [95% CI, 6,8 do 26,7; p=0,004] (NLST 2011);

<sup>2</sup> Kryteria włączenia:

- osoby w wieku 55–74 lat z konsumpcją tytoniu  $\geq 20$  paczkolet i okresem abstynencji tytoniowej  $\leq 15$  lat;
- osoby w wieku 50–74 lat z konsumpcją tytoniu  $\geq 20$  paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej  $\leq 15$  lat, u których stwierdza się jeden z czynników ryzyka: indywidualna historia zachorowania na nowotwory: chłoniak w wywiadzie, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego; rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia; historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF); ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza; ekspozycja na radon.

<sup>3</sup> zmiany w tarczycy, w mięszu płuca, rozedma, poszerzenie aorty, guzy nadnerczy, torbiele wątroby i/lub nerek, guzy śródpiersianowotwory piersi, nerki

<sup>4</sup> „Wczesne wykrywanie raka płuca z wykorzystaniem NDTK. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy)”

- wykrycia wczesnych stadiów raka płuca – zwiększenie szansy wykrycia raka płuca, w zależności od włączonej publikacji, jest ponad 1,7 – 4 razy wyższe (RR=1,73 [95%CI: 1,27-2,37] (Snowsill 2018); RR=1,86 [95%CI: 1,02-3,37] (Wang 2018); RR=3,905 CI,[2,052-7,430] (Gopal 2010); RR=4,12 [95%CI: 2,03-8,37] (Fu 2016); 74,1% wzrostu wykrywalności (CHINA 2018)).

Ponadto wskaźnik nadrozpoznowalności wynosił: 18,5–69,1% (Hunger 2021); 20% (Ebell 2020) i 33% (Hoffman 2020).

Śmierć po inwazyjnych procedurach diagnostycznych, przeprowadzanych celem potwierdzenia wyniku NDTK, występuje u około 1 na 90–113 osób, a ciężkie powikłania – nawet u 1 na 20 badanych. (Huang 2019, Ali 2016).

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy NDTK a RTG klatki piersiowej, standardową opieką lub brakiem skryningu w zakresie corocznego skryningu NDTK (Ali 2016); śmiertelności ogólnej (Hunger 2021, Hoffman 2020, Sadate 2020, Ebell 2020, Huang 2019, Tang 2019, Ali 2016, Fu 2014, Humphrey 2013, Bach 2012, ITALUNG 2017) i śmiertelności ogólnej po 10 latach (MILD 2019).

### **Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka**

Nie dotyczy.

### **Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych**

Do analizy włączono raport HTA KCE 2024 z Belgii<sup>5</sup>, którego wyniki wskazują, że ICER (koszt uzyskania jednego roku życia skorygowanego jakością – QALY) wynosi 78 963,74 zł/QALY, zysk zdrowotny 4,64 QALY na 100 uczestników, koszt inkrementalny: 331 311,07 zł/100 uczestników.

**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**

#### Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)

Prezes NFZ w opinii przedstawił skutek finansowy dla budżetu płatnika dla dwóch wariantów:

- wariant I – oparto na wycenie świadczeń obowiązującej w programie WWRP (tj. wizyta wstępna, badanie NDTK z opisem oraz wizyta wynikowa).
- wariant II – wizyta wstępna i wynikowa wycena jak w wariantcie I, a koszt badania NDTK z opisem średni koszt TK płuc finansowanej przez NFZ w ramach umów w AOS.

Koszty NFZ w latach 2026 i 2027 (przy założeniu zgłaszalności do programu na poziomie 5%) wyniosą:

- 38,1 mln zł wariant I;
- 40,3 mln zł wariant II,

a w latach 2028-2030 (przy założeniu zgłaszalności do programu na poziomie 10%):

- 72,6 mln zł wariant I;
- 80,6 mln zł wariant II.

Niezależnie od przyjętego wariantu, skutek finansowy dla NFZ będzie istotny i wymaga odpowiedniego zabezpieczenia środków.

Pełna treść opinii znajduje się w RAA.

#### Oszacowania Agencji

Agencja przeprowadziła symulację wpływu na budżet płatnika publicznego w przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o finansowaniu ze środków publicznych „Programu wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej

<sup>5</sup> Założenia analizy: osoby w wieku 50–75 lat z historią palenia tytoniu, perspektywy płatnika publicznego, horyzont 10-lat). Uwzględniono nadrozpoznowalność (23,9%), wyniki fałszywie dodatnie, koszty zaproszeń, jakość życia, ryzyko promieniowania.

tomografii komputerowej”, z perspektywy płatnika publicznego (NFZ) w czteroletnim horyzoncie czasowym w dwóch wariantach:

- wariant I – wycena zgodna z dotychczasową realizacją programu WWRP w którym koszt trójskładnikowej procedury to 381 zł.
- wariant II – wycena trójskładnikowej procedury 401,76 zł. (przyjęto wyższy koszt badanie NDTK z opisem).

Odnosnie populacji przyjęto, że liczba pacjentów uczestniczących w badaniu to 20 000 pacjentów I., 64 160 II., 112 924 III. i 162 132 IV roku analizy<sup>6</sup>.

Wyniki analizy wpływu na budżet wskazują, że roczne koszty płatnika publicznego wyniosą w kolejnych latach analizy dla:

- wariantu I. odpowiednio: 8,4 mln zł., 26,6 mln zł., 46,4 mln zł, 66,3 mln zł,
- wariantu II. odpowiednio: 8,9 mln zł, 25,6 mln zł, 49,2 mln zł i 70,4 mln zł

#### *Ograniczenia analizy*

Głównym ograniczeniem analizy jest niepewność związana z określeniem wielkości populacji docelowej, a także fakt nie ujęcia kosztów związanych z leczeniem nowotworów oraz opieką nad pacjentami onkologicznymi. Ograniczenia szczegółowo omówiono w RAA.

#### **Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka**

Nie dotyczy.

#### **Uwagi do opisu świadczenia**

W ocenie Agencji zasadne jest:

- doprecyzowanie ścieżki pacjenta, w szczególności w zakresie postępowania w przypadku wyników niejednoznacznych, które mogą wymagać dodatkowych badań kontrolnych lub konsultacji specjalistycznych;
- określenie wymogów jakościowych dotyczących organizacji i przebiegu programu, jak również zasad postępowania medycznego, z uwzględnieniem doświadczeń i wyników aktualnie realizowanego programu w formie pilotażowej.
- wdrożenie wskaźników monitorujących efektywność programu, umożliwiających ocenę jego wpływu na zdrowie publiczne oraz optymalizację kosztów.

Warto także zwrócić uwagę na sugestie przedstawione przez Prezesa NFZ w szczególności dotyczące: ujęcia świadczenia jako programu kompleksowego, który obejmuje nie tylko diagnostykę raka płuca, ale również: poradnictwo antytytoniowe oraz diagnostykę i profilaktykę przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). W ocenie Prezesa NFZ wstępna kwalifikacja pacjentów do programu powinna być prowadzona na poziomie POZ. (np. w ramach programów „Moje zdrowie” lub „Profilaktyka chorób układu krążenia (CHUK)”).

Uwagi do opisu świadczenia szczegółowo omówiono w RAA, ponadto w raporcie zaproponowano model organizacyjny i realizacyjny programu badań przesiewowych w kierunku raka płuca.

#### **Opinie ekspertów klinicznych**

Ankietowani przez Agencję eksperci kliniczni są zgodni, że wdrożenie badań przesiewowych raka płuca z wykorzystaniem NDTK jest uzasadnione zarówno z punktu widzenia dowodów naukowych, jak i realiów organizacyjnych. Wskazują, że wdrożenie tej procedury może istotnie zmniejszyć śmiertelność z powodu tego nowotworu – nawet o 20–24%, dzięki wykrywaniu zmian nowotworowych na wczesnym etapie zaawansowania. Eksperti podkreślali kluczową rolę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w procesie kwalifikacji pacjentów do programu.

<sup>6</sup> Liczby wynikają w szczególności z przyjętych założeń dotyczących liczebności populacji docelowej, odsetek osób uprawnionych do wzięcia udziału w badaniach zgodnie z publikacją Li 2018, oraz danych wynikających z realizowanego programu WWRP w zakresie odsetków osób z wynikiem nieokreślonym, negatywnym.

W swoich stanowiskach eksperci rekomendowali: wdrożenie platformy do standaryzacji oceny radiologicznej, a także rozwój mobilnych systemów diagnostycznych NDTK, umożliwiających dotarcie do populacji w mniejszych miejscowościach.

Z szacunków ekspertów wynika, że populacja docelowa programu wynosi około 1,9–2 mln. osób.

Uwagi i opinie szczegółowo przedstawiono w RAA.

### **Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej**

Nie dotyczy.

### **Omówienie rekomendacji wydawanych w odniesieniu do ocenianej technologii**

#### *Rekomendacje kliniczne*

Uwzględniono cztery dokumenty zawierające rekomendacje kliniczne (CAR CSTR 2025, NCCN 2024, ACS 2023 oraz USPSTF 2021) odnoszące się do stosowania NDTK w badaniach przesiewowych w kierunku raka płuca, a także innych interwencji wspierających (w tym edukacji antynikotynowej).

Wszystkie odnalezione dokumenty wytycznych klinicznych zalecają stosowanie NDTK w profilaktyce raka płuca, a wskazywane przez nie kryterium kwalifikacji do programu to 50–80 lat i  $\geq 20$  paczkolet. Warto nadmienić, że w przed aktualizacją wytycznych kryteria kwalifikacji były węższe, gdyż obejmowały pacjentów w wieku 55–75 lat i  $\geq 30$  paczkolet. Odnosnie edukacji wytyczne podkreślają, że stanowi nieodłączny element programów badań przesiewowych w kierunku raka płuca, który zwiększa skuteczność interwencji skriningowej. Ponadto w wytycznych znajdują się zalecenia dotyczące interpretacji wyników badań obrazowych ze wskazaniem dalszego postępowania diagnostycznego. Wykrycie guzka:  $< 6$  mm (kontrola NDTK po 12 miesiącach (kontynuacja corocznego przesiewu));  $\geq 6$  mm do  $< 8$  mm (kontrola NDTK po 6 miesiącach);  $\geq 8$  mm do  $< 15$  mm (kontrola NDTK po 3 miesiącach).

#### *Przegląd rozwiązań międzynarodowych*

Odnaleziono informacje dotyczące rozwiązań organizacyjnych przyjętych w siedmiu krajach (Chorwacja, Czechy, Estonia, Francja, Hiszpania, Niemcy, Wielka Brytania) dotyczących badań przesiewowych w kierunku raka płuca. Założenia organizacyjne, kryteria kwalifikacji oraz ścieżka pacjenta w tych programach są zbieżne z rozwiązaniami przedstawionymi w KŚOZ.

W analizowanych dokumentach kryteria włączenia do programu to głównie:

- wiek pacjenta: 50–74 lat (Francja), 50–75 lat (Chorwacja, Niemcy, Hiszpania), 55–74 lat (Estonia, Anglia), 55–75 lat (Czechy));
- okres palenia tytoniu:  $\geq 15$  paczkolet (Niemcy),  $\geq 20$  paczkolet (Czechy, Hiszpania, Francja, Estonia),  $\geq 30$  paczkolet (Chorwacja);
- okres abstynencji tytoniowej:  $\geq 15$  lat (identyczny we wszystkich państwach).

Kwalifikacja pacjentów do programu realizowana jest przeważnie przez lekarzy POZ, niekiedy włączony jest także lekarz pulmonolog czy lekarz medycyny pracy. We wszystkich analizowanych krajach interpretacja wyników badań obrazowych należy co najmniej do jednego lekarza radiologa. W Chorwacji, Czechach, Francji, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii dla osób aktywnie palących integralnym elementem programu jest poradnictwo antytytoniowe.

Wytyczne i rozwiązania międzynarodowe szczegółowo przedstawiono w RAA.

### **Podstawa przygotowania rekomendacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 28.06.2025 r. Ministra Zdrowia (znak pisma DLG.781.7.2024.AT), w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej: Program wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) jako świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, na podstawie art. 31c ust. 1 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 91/2025 z dnia 23 lipca 2025 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Program wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK)” jako świadczenia gwarantowanego

PREZES

Daniel Rutkowski

*/dokument podpisany elektronicznie/*

**Piśmiennictwo**

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr nr 91/2025 z dnia 23 lipca 2025 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Program wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK)” jako świadczenia gwarantowanego
2. „Program wczesnego wykrywania raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej. Ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia jako świadczenia gwarantowanego z zakresu programów zdrowotnych”. Raport w sprawie oceny świadczenia z zakresu programów zdrowotnych. Nr: DWSGiZS.420.1.2025. Data ukończenia: 18.07.2025 r.