



Minister Zdrowia

DLG.050.142.2025.EM
Warszawa, 10 grudnia 2025

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 11497 z dnia 8 sierpnia 2025 r. Pani Katarzyny Osos, Posel na Sejm RP w sprawie w sprawie profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka płuca, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w odpowiedzi na postulaty i pytania:

- „zdecydowane inwestycje w profilaktykę pierwotną, tj. w systemowe działania antynikotynowe, w tym: przekazywanie dochodów z podatku nakładanego na wyroby tytoniowe na finansowanie opieki zdrowotnej, zapewnienie porady antynikotynowej w punktach aptecznych oraz dalsze zaostrzenie przepisów antynikotynowych w Polsce”.

Przepisy dotyczące przeznaczania 0,5% wartości podatku akcyzowego na program antynikotynowy (art. 4 ustawy z 1995 r.) zostały uchylone podczas prac nad ustawą o Zdrowiu Publicznym z 2015 r. w związku z problemami interpretacyjnymi dotyczącym sposobu finansowania działań antynikotynowych. Obecnie działania w tym zakresie realizowane są w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) (cel operacyjny 2: *Profilaktyka uzależnień*), obejmują m.in.:

- szkolenia personelu medycznego w leczeniu uzależnienia od nikotyny,
- prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym (Narodowy Instytut Onkologii). Trwają prace legislacyjne nad kontynuacją NPZ, projekt jest po konsultacjach zewnętrznych i w najbliższym czasie zostanie przekazany pod obrady SKRM.

Odnosząc się do proponowanego zapewnienia porad antynikotynowych w punktach aptecznych, należy podkreślić, że apteki ogólnodostępne, zgodnie z art. 86 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – *Prawo farmaceutyczne*, stanowią placówki ochrony zdrowia publicznego, których podstawowym zadaniem jest zapewnienie dostępności do produktów leczniczych oraz świadczenie usług farmaceutycznych. Jednocześnie należy wskazać, że choć idea zwiększenia dostępności wsparcia dla osób uzależnionych od nikotyny jest słuszna, apteki ogólnodostępne nie stanowią właściwego miejsca do realizacji tego rodzaju świadczeń. Utworzenie punktów poradnictwa antynikotynowego w aptekach, mogłoby prowadzić do nieefektywności, rozproszenia działań oraz braku rzeczywistych korzyści terapeutycznych dla pacjentów. Działania w tym zakresie powinny koncentrować się na wzmacnianiu roli wyspecjalizowanych placówek, jak również na integracji leczenia uzależnień w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Nawiązując do kwestii zaostrzania przepisów antynikotynowych w Polsce, uprzejmie informuje, że w obecnym roku kalendarzowym miały miejsce dwie nowelizacje ww. *ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*.

- kwiecień 2025 – zakaz aromatów w podgrzewanych wyrobach tytoniowych (implementacja dyrektywy UE 2022/2100),

- czerwiec 2025 – m.in. zakaz sprzedaży woreczków nikotynowych i płynów beznikotynowych osobom < 18 lat, zakaz sprzedaży w placówkach medycznych, szkołach, obiektach sportowych, automatach; określenie maksymalnego stężenia nikotyny w woreczkach.

Trwają prace nad kolejną nowelizacją – planowany jest zakaz sprzedaży jednorazowych e-papierosów oraz wprowadzenie reżimu farmaceutycznego dla nowych wyrobów nikotynowych.

Jednocześnie nadmieniam, że istnieją wystarczające możliwości terapeutyczne, pomagające złagodzić lub wyeliminować fizjologiczne i psychiczne skutki przerwania (zaprzestania) palenia tytoniu. Obecnie produkty o udowodnionej skuteczności terapeutycznej, pomagające w wychodzeniu z nałogu palenia wyrobów tytoniowych, są sprzedawane z przeznaczeniem do tzw. „nikotynowej terapii zastępczej”.

- „rozwiniecie profilaktyki wtórnej poprzez szeroki dostęp do niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) dla osób z grupy ryzyka (badania przesiewowe powinny być realnie dostępne, finansowane z koszyka świadczeń gwarantowanych i aktywnie promowane, tak jak ma to miejsce w innych krajach UE)”.

Badania NDTK są realizowane w ramach Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP), będącego częścią Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO) 2020–2030. W latach 2021–2023 przeprowadzono pilotaż (ponad 39 tys. badań) finansowany z EFS/POWER. Od 2024 r. program jest finansowany przez NFZ. Program obejmuje prewencję wtórną (NDTK) oraz pierwotną (poradnictwo antytytoniowe, edukacja).

Cele programu: wczesne wykrywanie raka płuca, zwiększenie odsetka wyleczeń, obniżenie umieralności i kosztów leczenia.

Grupa docelowa: osoby 55–74 lata (≥20 paczkolet, palące lub po rzuceniu ≤15 lat) oraz osoby 50–74 lata z dodatkowymi czynnikami ryzyka (ekspozycja zawodowa, radon, POChP, IPF, wywiad rodzinny, choroby nowotworowe).

W latach 2021–2024 wykonano 42 071 badań (koszt ok. 16 mln zł). W 2024 r. z 12 248 opisanych badań wykryto:

- 267 zmian wymagających diagnostyki torakochirurgicznej/pulmonologicznej,
- 178 zmian wymagających konsultacji innych specjalistów,
- 817 osób skierowanych na kontrolę po 3–6 miesiącach.

Program realizuje obecnie 26 podmiotów w 8 województwach. Wstępne wyniki realizacji Programu WWRP potwierdzają zasadność kliniczną i organizacyjną wdrożenia programu w skali ogólnokrajowej.

Uwzględniając powyższe oraz realizując cele Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 (zadanie 11.5), w Ministerstwie Zdrowia z udziałem ekspertów został opracowany projekt nowego Programu profilaktyki raka płuca u osób ze zwiększonym, zdefiniowanym ryzykiem zachorowania, za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK). W tej sprawie Minister Zdrowia uzyskał pozytywną rekomendację nr 98/2025 z dnia 25 lipca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Aktualnie projekt został przygotowany do przekazania do konsultacji publicznych.

- „powszechną edukację zdrowotną w szkołach oraz kampanie społeczne budujące świadomość ryzyka palenia wyrobów tytoniowych, w tym także elektronicznych papierosów oraz przyjmowania woreczków nikotynowych.”

Ministerstwo Zdrowia od wielu lat realizuje działania edukacyjne i promocyjne w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej 2020–2030, wspierając politykę antytytoniową i promocję zdrowego stylu życia. Komunikacja prowadzona jest w prasie, radiu, telewizji, Internecie i mediach społecznościowych, aby dotrzeć do różnych grup wiekowych i społecznych. Przykłady działań w 2025 r.:

- Kampania spotowa (kwiecień–czerwiec) – emisja w TVP, TVN, Polsat oraz w stacjach radiowych RMF i Eurozet, poświęcona ryzyku palenia tytoniu, ze szczególnym uwzględnieniem mężczyzn jako grupy ryzyka.
- Program „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” (od maja) – kampania radiowa promująca badania profilaktyczne i wczesne wykrywanie chorób, w tym raka płuca.
- Seria edukacyjna „Moje Zdrowie” (14 odcinków) – realizowana z TVP, obejmująca m.in. temat uzależnienia od nikotyny i jego wpływu na zdrowie; odcinki dostępne na platformie TVP VOD.
- Kolejna kampania dotycząca uzależnień od wyrobów tytoniowych, w tym e-papierosów i woreczków nikotynowych na jesieni br.
- Programy śniadaniowe
Ministerstwo Zdrowia współpracuje z popularnymi audycjami telewizyjnymi, takimi jak *Dzień Dobry TVN* i *Pytanie na Śniadanie* (TVP), aby promować wiedzę o szkodliwości palenia tytoniu, w tym e-papierosów. Poranna formuła i wysoka oglądalność tych programów sprzyjają kształtowaniu postaw prozdrowotnych w atrakcyjnej formie. Przekaz podkreśla, że nie istnieje „zdrowsza alternatywa” dla palenia, a każda forma używania tytoniu wiąże się z ryzykiem nowotworów i chorób przewlekłych.
- Wątki zdrowotne w serialach
Współpraca z producentami seriali (np. *Pierwsza miłość* – Polsat) pozwala dotrzeć do milionów widzów w naturalnym kontekście fabularnym. Wątki dotyczące profilaktyki pierwotnej i wtórnej wzmacniają postawy prozdrowotne, szczególnie wśród kobiet, które często pełnią rolę „menedżerek zdrowia” w rodzinach.
- Antynikotynowy przekaz w programach rozrywkowych
Jesienią w reality show *Top Model* pojawi się wątek dotyczący szkodliwości e-palania i nowych produktów nikotynowych. Celem jest obalenie mitów o „mniejszym ryzyku” i pokazanie zagrożeń związanych z uzależnieniem od nikotyny, szczególnie wśród młodych osób.
- Kampania zachęcająca do zajęć „Edukacja zdrowotna”
Ministerstwo Zdrowia prowadzi działania promujące zapisy dzieci na zajęcia edukacyjne w szkołach, obejmujące m.in. profilaktykę chorób cywilizacyjnych, zdrowie psychiczne, higienę cyfrową i zapobieganie uzależnieniom (w tym od wyrobów tytoniowych).
Tematy antynikotynowe są również obecne w ramach Narodowego Programu Układu Chorób Krążenia (np. kampania „10 dla Serca” dostępna w aplikacji *mojeIKP*).

Podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia działania edukacyjnopromocyjne pokazują, jak wiele uwagi i zaangażowania poświęconych jest w budowanie świadomości społecznej w obszarze profilaktyki nowotworów, w tym raka płuca. Dzięki kampaniom i współpracy z mediami możliwe jest skuteczne dotarcie z przekazem do szerokiej i zróżnicowanej grupy odbiorców. Uświadamianie obywatelom, że długie życie w zdrowiu zależy w dużej mierze od ich stylu życia, w tym rezygnacji z używania tytoniu we wszystkich jego formach, stanowi jeden z najważniejszych celów działań Ministerstwa Zdrowia. W ten sposób edukacja i promocja zdrowia wspierają prewencję oraz wczesną diagnostykę nowotworów, przyczyniając się do poprawy jakości życia i zdrowia społeczeństwa.

- „uproszczenie i przyspieszenie ścieżki diagnostycznej poprzez wdrożenie ośrodków kompleksowej opieki w ramach Lung Cancer Units (LCU), wprowadzenie powszechnie dostępnej refundowanej metody diagnostyki molekularnej, opartej na sekwencjonowaniu nowej generacji (NGS) w raku płuca (diagnostyka molekularna powinna stać się standardem, ponieważ dzisiaj zbyt wielu pacjentów nie otrzymuje leczenia zgodnego z profilem molekularnym guza).

W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej 2020–2030 Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekty trzech rozporządzeń w zakresie:

- Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej – diagnostyka i monitorowanie w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z rakiem płuca,
- Leczenia szpitalnego – warunki dla Centrów Kompetencji Raka Płuca i kompleksowej opieki,
- Rehabilitacji – moduł rehabilitacyjny w ramach kompleksowej opieki.

Rozporządzenia wprowadzają Model Kompleksowej Opieki – Lung Cancer Units (LCU), wzorowany na Breast Cancer Units (BCU) i Colorectal Cancer Units (CCU).

LCU zapewni koordynację diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, skrócenie ścieżki diagnostycznej oraz poprawę jakości opieki i wyników leczenia.

Model LCU uzyskał pozytywne rekomendacje: Krajowej Rady Onkologicznej (Uchwała nr 33/2024), AOTMiT (Rekomendacja nr 57/2025) oraz Rady Przejrzystości.

Trwają końcowe uzgodnienia z klinicystami przed skierowaniem projektu do konsultacji publicznych. Jednocześnie nadmieniam, że projekt kompleksowej opieki onkologicznej określa m.in. warunki dostępu do badań genetycznych w ramach świadczeń gwarantowanych.

- „dalsze systematyczne włączanie do programu lekowego B.6 nowych terapii, zgodnych z najnowszymi wytycznymi ESMO i rekomendowanych przez towarzystwa naukowe, dostęp do skutecznych terapii celowanych w I linii leczenia oraz wdrożenie systemu rejestracji efektów leczenia raka płuca, który ma kluczowe znaczenie dla poprawy jakości opieki onkologicznej i efektywnego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia w Polsce.”

Analizując włączone do systemu w ostatnich latach nowe, refundowane terapie należy wskazać, że aż 10 w 2025 r. i 11 w 2023 r. dotyczyło nowotworów układu oddechowego - raka płuca. Kwestie związane z refundacją reguluje ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907 z późn. zm.).

Minister Zdrowia ogłasza co do zasady raz na 3 miesiące w drodze obwieszczenia wykazy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego (dalej jako śsspż) i wyrobów medycznych, dostępny na stronie internetowej:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>

Zgodnie z zapisami powyżej wskazanej ustawy, objęcie refundacją produktu leczniczego jest dokonywane w drodze decyzji administracyjnej Ministra Zdrowia **w oparciu o wniosek przedłożony przez podmiot odpowiedzialny (producenta leku, jego przedstawiciela lub importera)**. Złożony wniosek jest poddawany ocenie formalno-prawnej, a następnie konsultowana jest treść programu lekowego, jeśli wnioskowaną kategorią dostępności jest program lekowy, następnie wniosek przesyłany do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Prezes AOTMiT, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, jakość dostępnych dowodów naukowych oraz wiarygodność porównań i wyników przeprowadzonych analiz, wydaje rekomendację w sprawie objęcia refundacją wnioskowanego leku w danym wskazaniu. Następnie prowadzone są negocjacje z Komisją Ekonomiczną, która prowadzi z podmiotami odpowiedzialnymi negocjacje w zakresie ustalenia ceny zbytu netto oraz wskazań, w którym lek ma być refundowany. Minister Zdrowia, mając na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, wydaje decyzję administracyjną o objęciu refundacją i ustaleniu ceny zbytu netto, przy uwzględnieniu następujących kryteriów:

- 1) stanowiska Komisji Ekonomicznej, o której mowa w art. 17,
- 2) rekomendacji Prezesa Agencji, o której mowa w art. 35 ust. 6,
- 3) istotności stanu klinicznego, którego dotyczy wniosek o objęcie refundacją,
- 4) skuteczności klinicznej i praktycznej,
- 5) bezpieczeństwa stosowania,
- 6) relacji korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania,

- 7) stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym,
- 8) konkurencyjności cenowej,
- 9) wpływu na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców,
- 10) istnienia alternatywnej technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania,
- 11) wiarygodności i precyzji oszacowań kryteriów, o których mowa w pkt 3-10,
- 12) mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach,
- 13) wysokości progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto (Dz.U. z 2021 r. poz. 151), a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu - koszt uzyskania dodatkowego roku życia,
- 14) zobowiązania do zapewnienia ciągłości dostaw, o którym mowa w art. 25 pkt 4.

Zgodnie z aktualnie obowiązującym obwieszczeniem Ministra Zdrowia, dla pacjentów zmagających się z rakiem płuca leki refundowane są w ramach programu lekowego B.6. LECZENIE CHORYCH NA RAKA PŁUCA (ICD-10: C34) ORAZ MIĘDZYBŁONIAKA OPŁUCNEJ (ICD-10: C45). W poniższej tabeli wskazano terapie refundowane w programie lekowym B.6.

Substancja czynna	Nazwa handlowa	Wskazanie
Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP)		
Immunoterapia - Inhibitory PD-1		
pembrolizumab	Keytruda	Leczenie okołoperacyjne pacjentów z NDRP, niezależnie od statusu PD-L1. Leczenie obejmuje zastosowanie pembrolizumabu w skojarzeniu z neoadjuwantową chemioterapią opartą na związkach platyny przed zabiegiem chirurgicznym, a następnie kontynuację leczenia pembrolizumabem w monoterapii po zabiegu chirurgicznym albo Leczenie uzupełniające pembrolizumabem w monoterapii u pacjentów z NDRP po radykalnym leczeniu chirurgicznym i adjuwantowej chemioterapii, u których występuje ekspresja PD-L1 < 50% albo Leczenie I linii chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) z ekspresją genu PD-L1: - PD-L1 ≥ 50% w monoterapii pembrolizumabem (płatkonabł./ niepłatkonabł.) - PD-L1 < 50% pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksanem i p. platyny (niepłatkonabł.) - PD-L1 < 50% pembrolizumab w skojarzeniu z palitakselem i karboplatyną (rak płatkonabł./ NOS)
cemiplimab	Libtayo	Leczenie I linii chorych na NDRP płatkonabłonkowego lub niepłatkonabłonkowego z ekspresją PD-L1 ≥ 50% w monoterapii albo Leczenie I linii chorych na NDRP płatkonabłonkowego lub niepłatkonabłonkowego z ekspresją PD-L1 ≥ 1% w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny lub paklitakselem i pochodną platyny
niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem	Opdivo + Yervoy	Leczenie I linii chorych na NDRP płatkonabłonkowego lub niepłatkonabłonkowego z ekspresją PD-L1 < 50% – niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem i chemioterapią (2 cykle) opartą o pochodne platyny
niwolumab	Opdivo	Leczenie II linii chorych (z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) na NDRP płatkonabłonkowego lub niepłatkonabłonkowego (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1). Dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia albo Leczenie niwolumabem w skojarzeniu z chemioterapią opartą o związki platyny chorych w leczeniu neoadjuwantowym operacyjnego, niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) u pacjentów kwalifikujących się do radykalnej resekcji chirurgicznej z wysokim ryzykiem nawrotu, u których ekspresja PD-L1 ≥ 1%
Immunoterapia - Inhibitory PD-L1		

atezolizumab (i.v. lub s.c.)	Tecentriq	Leczenie I linii chorych na NDRP płaskonabłonkowego lub niepłaskonabłonkowego z ekspresją PD-L1 \geq 50% w monoterapii albo Leczenie II linii chorych (z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) na NDRP płaskonabłonkowego lub niepłaskonabłonkowego (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1). Dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia albo Leczenie chorych na NDRP po radykalnej resekcji i pooperacyjnej chemioterapii z ekspresją PD-L1 na komórkach nowotworu wynoszącą \geq 50%
durwalumab	Imfinzi	Leczenie konsolidujące u chorych na nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego (III stopień zaawansowania) NDRP, u których nie doszło do progresji po zastosowaniu radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii
tremelimumabem	Imjudo	Leczenie I linii durwalumabem w skojarzeniu z tremelimumabem i chemioterapią opartą na pochodnych platyny u dorosłych pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca z ekspresją PD-L1 $<$ 50%.
Inhibitory kinazy tyrozynowej EGFR		
afatynib	Giotrif	Leczenie I linii chorych na NDRP z mutacją aktywującą w genie EGFR
ozymertynib	Tagrisso	Leczenie I linii chorych w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią na NDRP z mutacją aktywującą w genie EGFR albo Leczenie II, III i kolejnych linii chorych na NDRP po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia afatynibem, dakomitynibem, erlotynibem, gefitynibem i potwierdzoną obecnością mutacji T790M w genie EGFR. albo Leczenie chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym do leczenia uzupełniającego i potwierdzoną obecnością mutacji w genie EGFR albo Leczenie konsolidujące dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym, nieoperacyjnym niedrobnokomórkowym rakiem płuca, u których występuje mutacja delekcji w eksonie 19 lub substytucji L858R w eksonie 21 genu EGFR, i u których nie doszło do progresji choroby w trakcie lub po zakończeniu chemioradioterapii opartej na pochodnych platyny.
Inhibitory kinazy tyrozynowej ALK/ROS1		
kryzotynib	Xalkori	Leczenie I lub kolejnej linii chorych na NDRP (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii) z rearanżacją genów ALK lub ROS1
entrektytib	Rozlytrek	Leczenie I lub kolejnej linii chorych na NDRP (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii) z rearanżacją genu ROS1
alektytib	Alecensa	Leczenie adjuwantowe w monoterapii po całkowitej resekcji guza u dorosłych pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca z rearanżacją w genie ALK, u których występuje duże ryzyko wznowy choroby albo Leczenie I lub kolejnej linii chorych na NDRP (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii lub po niepowodzeniu leczenia kryzotynibem) z rearanżacją genu ALK
brygatynib	Alunbrig	Leczenie I lub kolejnej linii chorych na NDRP (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii lub po niepowodzeniu leczenia kryzotynibem) z rearanżacją genu ALK
lorlatynib	Lorviqua	Leczenie I lub kolejnych linii leczenia chorych na NDRP po niepowodzeniu leczenia z zastosowaniem inhibitora ALK drugiej generacji (alektynibu, brygatynibu, certynibu)
Inhibitory kinazy tyrozynowej/ angiogenezy		
nintedanib	Vargatef	Leczenie II linii chorych na NDRP o typie gruczołowym (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii, immunoterapii, chemioimmunoterapii)
Inhibitor KRAS		
sotorasib	Lumykras	Leczenie II linii leczenia chorych z NDRP z obecnością mutacji p.G12C w genie KRAS po niepowodzeniu co najmniej jednej wcześniejszej linii leczenia (immunoterapia lub immunochemioterapia lub chemioterapia z zastosowaniem związków platyny)

Leczenie drobnokomórkowego raka płuca (DRP)		
Immunoterapia - Inhibitory PD-L1		
Atezolizumab (i.v. lub s.c.)	Tecentriq	Leczenie I linii chorych na drobnokomórkowego raka płuca (DRP) w skojarzeniu z karboplatiną oraz etopozydem w fazie indukcji
durwalumab	Imfinzi	Leczenie I linii chorych na drobnokomórkowego raka płuca (DRP) w skojarzeniu z karboplatiną oraz etopozydem w fazie indukcji
Leczenie międzybłoniaka opłucnej		
Immunoterapia - Inhibitory PD-1		
niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem	Opdivo + Yervoy	Leczenie I linii chorych na międzybłoniaka opłucnej (chorzy wcześniej nie poddawani leczeniu systemowemu)

Ponadto, wyżej wskazana grupa pacjentów posiada dostęp do leków zawierających substancje czynne finansowane w ramach katalogów chemioterapii: *karboplatyna, cisplatyna, cyklofosfamid, docetaksel, doksorubicyna, epirubicyna, etopozyd, gemcytabina, ifosfamid, irynotekan, lanreotyd, metotreksat, oktreotyd, paklitaksel, pemetreksed, topotekan i.v. i p.o, winkrystyna, winorelbina, gefitynib, erlotynib, nab-paklitaksel.*

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/