



ASG.050.52.2026.EM  
Warszawa, 20 marca 2026

**Pan**  
**Włodzimierz Czarzasty**  
**Marszałek Sejmu RP**

*Szanowny Panie Marszałku,*

w odpowiedzi na interpelację nr 15309 z 20 lutego 2026 r. Pana Marka Tomasza Hoka i Pani Urszuli Augustyn, posłów na Sejm RP w sprawie wdrożenia niskodawkowej tomografii komputerowej we wczesnej diagnostyce raka płuca, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w odpowiedzi pytania.

- 1. Kiedy do koszyka świadczeń gwarantowanych wejdzie badanie niskodawkowej tomografii komputerowej?*

Realizując cele Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030 (zadanie 11.5), we współpracy z ekspertami klinicznymi został przygotowany nowy Program profilaktyki raka płuca z zastosowaniem niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK). Zgodnie z uzyskaną przez MZ rekomendacją nr 98/2025 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), świadczenie spełnia kryteria uzasadniające jego zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego. Program ten ma na celu poprawę wykrywalności raka płuca we wczesnych stadiach u osób z grup podwyższonego ryzyka, w szczególności wieloletnich palaczy tytoniu, w tym z współistniejącymi czynnikami ryzyka. Projekt wpisuje się w działania na rzecz wzmocnienia diagnostyki chorób płuc oraz wykorzystania nowoczesnych technologii obrazowych w profilaktyce i wczesnym rozpoznawaniu chorób nowotworowych układu oddechowego. Aktualnie trwa analiza uwag, które wpłynęły w konsultacjach publicznych, opiniowaniu i uzgodnieniach wymienionego projektu (MZ 1850). Ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego przygotowania systemu ochrony zdrowia do realizacji nowego świadczenia oraz dostosowania Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) do obsługi nowego programu, termin wejście w życie przepisu przewidziano od lipca 2026 r. Termin ten umożliwi NFZ oraz świadczeniodawcom na dokonanie niezbędnych działań organizacyjnych i kontraktowych, a także zapewni możliwość finansowania w ramach planu finansowego NFZ na rok 2026.

- 2. Czy resort zdrowia planuje rozszerzenie finansowania płynnej biopsji jako metody diagnostycznej w onkologii u pacjentów z rakiem płuca?*

Uprzejmie informuję, że wykonywanie płynnej biopsji płuca jest aktualnie możliwe do rozliczenia w ramach leczenia szpitalnego.

- 3. Czy planowane są zmiany w schemacie leczenia refundowanego dla pacjentów z rakiem 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 2026 r. poz. 253), zwana dalej „ustawą o refundacji”.

Zgodnie z zapisami ustawy o refundacji, objęcie refundacją produktu leczniczego w określonym wskazaniu jest dokonywane w drodze decyzji administracyjnej, wydawanej przez Ministra Zdrowia w oparciu o wniosek przedłożony przez podmiot odpowiedzialny. Złożony wniosek musi zawierać wszystkie elementy, określone w art. 25. ustawy o refundacji. Wniosek o objęcie refundacją nowej substancji czynnej lub nowego wskazania dla danej substancji czynnej podlega ocenie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W kolejnym etapie postępowania całość dokumentacji przekazywana jest Komisji Ekonomicznej, która prowadzi z wnioskodawcą negocjacje w zakresie ustalenia ceny zbytu netto, instrumentów dzielenia ryzyka oraz wskazania, w którym produkt ma być refundowany. Dopiero dysponując rekomendacją Prezesa Agencji oraz stanowiskiem Komisji Ekonomicznej - uwzględniając kryteria ujęte w art. 12 ustawy o refundacji - Minister Zdrowia podejmuje decyzję o objęciu bądź odmowie objęcia refundacją produktu we wnioskowanym wskazaniu.

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia procedowane są następujące wnioski o objęcie refundacją produktów w ramach programu lekowego B.6 LECZENIE CHORYCH NA RAKA PŁUCA (ICD-10: C34) ORAZ MIĘDZYBŁONIAKA OPŁUCNEJ (ICD-10: C45):

- Opdivo (niwolumab) – we wskazaniu: *leczenie okołooperacyjne dorosłych pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NDRP), z ekspresją PD-L1 na komórkach nowotworowych  $\geq 1\%$ . Leczenie obejmuje zastosowanie niwolumabu w skojarzeniu z neoadjuwantową chemioterapią opartą na związkach platyny przed zabiegiem chirurgicznym, a następnie kontynuację leczenia niwolumabem w monoterapii po zabiegu chirurgicznym.*
- Hetronifly (serplulimab) – we wskazaniu: *leczenie pierwszej linii dorosłych pacjentów chorych na drobnokomórkowego raka płuca (DRP) w postaci rozsianej, w skojarzeniu z karboplatiną i etopozydem w fazie indukcji.*
- Imfinzi (durwalumab) – we wskazaniach: *leczenie okołooperacyjne dorosłych pacjentów z NDRP, niezależnie od statusu PD-L1. Leczenie obejmuje zastosowanie durwalumabu w skojarzeniu z neoadjuwantową chemioterapią opartą na związkach platyny przed zabiegiem chirurgicznym, a następnie kontynuację leczenia durwalumabem w monoterapii po zabiegu chirurgicznym oraz leczenie konsolidujące durwalumabem, w populacji dorosłych pacjentów z ograniczoną postacią DRP, u których nie doszło do progresji choroby po chemioradioterapii jednoczesnej opartej na pochodnych platyny, gdzie napromieniowanie klatki piersiowej należy rozpocząć przed rozpoczęciem 3 cyklu chemioterapii.*
- Tecentriq (atezolizumab) – we wskazaniu: *leczenie pierwszej linii, monoterapię atezolizumabem (postać dożylna), dorosłych pacjentów z zaawansowanym NDRP, którzy nie kwalifikują się do leczenia opartego na pochodnych platyny (postać podskórna i dożylna).*
- Rybrevant (amiwantamab) w skojarzeniu z Lazcluze (lazertinib) – we wskazaniu: *leczenie pierwszej linii dorosłych pacjentów z NDRP z delecjami w eksonie 19. lub substytucją p.L858R w eksonie 21. EGFR z zastosowaniem amiwantamabu (postać podskórna) w skojarzeniu z lazertynibem.*
- Rybrevant (amiwantamab) - we wskazaniach: *leczenie kolejnej linii u dorosłych pacjentów z NDRP z delecjami w eksonie 19. lub substytucją p.L858R w eksonie 21. EGFR z zastosowaniem amiwantamabu (postać dożylna) w skojarzeniu z karboplatiną i pemetreksedem oraz leczenie kolejnej linii u dorosłych pacjentów z NDRP z delecjami w eksonie 19. lub substytucją p.L858R w eksonie 21. EGFR z zastosowaniem amiwantamabu (postać dożylna) w skojarzeniu z karboplatiną i pemetreksedem.*
- Braftovi (enkorafenib) w skojarzeniu z Mektovi (binimetinib) – we wskazaniu: *leczenie pierwszej lub kolejnej linii z zastosowaniem enkorafenibu w skojarzeniu z binimety nibem u dorosłych pacjentów z NDRP z mutacją V600E w genie BRAF.*

- Krazati (adagrasib) – we wskazaniu: *leczenie dorosłych pacjentów z zaawansowanym NDRP z mutacją KRAS G12C i progresją choroby po co najmniej jednej wcześniejszej terapii systemowej.*
- Cejemly (sugemalimab) – we wskazaniu: *leczenie pierwszej linii z zastosowaniem sugemalimabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny, dorosłych pacjentów chorych na przerzutowego NDRP bez mutacji aktywującej EGFR lub aberracji genomowych ALK, ROS1 lub RET.*

Informuję, iż wnioski rozpatrywane są według kolejności ich wpływu. Aktualne postępowania o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto są w toku i w związku z tym są objęte tajemnicą refundacyjną. Decyzja Ministra Zdrowia w zakresie objęcia lub odmowy objęcia refundacją leku zostanie wydana po zakończeniu wszystkich etapów procesu refundacyjnego. Ewentualne zmiany w zakresie objęcia refundacją kolejnych wskazań najpewniej odzwierciedlone będą w najbliższych obwieszczeniach Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 kwietnia 2026 r. lub na 1 lipca 2026 r.<sup>1</sup>

4. *W jaki sposób resort zdrowia zamierza wprowadzić narzędzia umożliwiające monitorowanie przestrzegania przez podmioty lecznicze standardów diagnostyczno-terapeutycznych, publikowanych w formie obwieszczenia Ministra Zdrowia?*

W 2023 r. weszła w życie ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, która wprowadziła jednolite, systemowe podejście do oceny jakości świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z ustawą jakość mierzona jest za pomocą wskaźników obejmujących trzy obszary: kliniczny, konsumencki (oparty na opiniach pacjentów) oraz zarządcy. Minister zdrowia jest zobowiązany do określania, w drodze rozporządzeń, zestawów wskaźników dopasowanych do specyfiki poszczególnych rodzajów świadczeń.

Równolegle, w obszarze onkologii odpowiednie rozwiązania wynikają z ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) z 2023 r. Trwają prace nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia dotyczącym wskaźników jakości w opiece onkologicznej, które będą podstawą monitorowania i oceny świadczeń realizowanych w ramach KSO. Ich wprowadzenie pozwoli na ocenę jakości od momentu rozpoczęcia diagnostyki, poprzez kwalifikację do leczenia, aż po rozpoczęcie terapii, w tym m.in. terminowość poszczególnych etapów.

Jednym z kluczowych elementów KSO jest standaryzacja opieki onkologicznej poprzez tzw. „ścieżki pacjenta”. Dotychczas opublikowano 19 takich ścieżek, obejmujących najważniejsze nowotwory, m.in. raka płuca. Ścieżki te, ogłaszane w formie obwieszczeń jako „kluczowe zalecenia”, mają zapewnić jednolity i oparty na najlepszych europejskich standardach sposób postępowania diagnostyczno-terapeutycznego we wszystkich ośrodkach wchodzących w skład sieci.

Kluczowe zalecenia określają zarówno proces diagnostyczny i terapeutyczny, jak i organizację opieki – w tym obowiązek zapewnienia pacjentom wczesnej rehabilitacji, wsparcia psychologicznego oraz, w razie potrzeby, konsultacji psychiatrycznej. Dokumenty te powstają w wyniku współpracy wielu podmiotów, m.in. Krajowego Ośrodka Monitorującego, Krajowej Rady Onkologicznej oraz AOTMiT, i opierają się na aktualnej wiedzy medycznej i konsensusie ekspertów.

W celu skutecznej weryfikacji przestrzegania standardów i wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, opracowywane są we współpracy z Krajową Radą Onkologiczną wskaźniki jakości opieki onkologicznej (aktualnie prowadzone są procedury legislacyjne dotyczące projektów rozporządzeń w sprawie wskaźników jakości opieki

<sup>1</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>

onkologicznej, w tym kluczowych wskaźników jakości). Wskaźniki jakości opieki onkologicznej umożliwią monitorowanie jakości opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej – od momentu rozpoczęcia postępowania diagnostycznego i kwalifikacji do kompleksowego leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, wraz z ustaleniem planu leczenia onkologicznego, do momentu podjęcia leczenia (obejmując m.in. ocenę terminowości realizacji diagnostyki i leczenia onkologicznego).

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