



OKSO.050.22.2026.EN
Warszawa, 21 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z Interpelacją nr 17985 Pana Posła Marcina Józefaciuka, przekazaną w dniu 2 lipca br., w sprawie uwzględniania różnic biologicznych między kobietami i mężczyznami w profilaktyce, diagnostyce oraz leczeniu chorób nowotworowych, uprzejmie informuję, że realizując obowiązek wynikający z art. 68 Konstytucji RP, dotyczący zapewnienia wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Ministerstwo Zdrowia określa priorytety polityki zdrowotnej w oparciu o najistotniejsze problemy zdrowotne społeczeństwa i najważniejsze wyzwania epidemiologiczne, a istniejące różnice między kobietami i mężczyznami wpływające na częstość występowania, zapadalność oraz przebieg wielu chorób są nie do uniknięcia.

Jednocześnie przekazuję poniżej odpowiedź na zadane pytania.

Ad. 1. Czy Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizy dotyczące różnic w zachorowalności i śmiertelności nowotworowej kobiet i mężczyzn w Polsce?

W celu monitorowania stanu zdrowia społeczeństwa w Polsce Ministerstwo Zdrowia analizuje świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Na podstawie danych rozliczeniowych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wyliczane są wskaźniki epidemiologiczne (m.in. liczba chorych oraz liczba nowych zachorowań), z uwzględnieniem podziału na płeć. Przykładowa analiza wskaźników epidemiologicznych (na podstawie danych NFZ i GUS) znajduje się w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeń (BASiW) pod adresem: <https://basiw.mz.gov.pl>.

W zakresie zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów złośliwych, w resorcie analizowane są dane dla obu płci pochodzące z Krajowego Rejestru Nowotworów.

Ad. 2. Jakie są aktualne wskaźniki zachorowalności i śmiertelności mężczyzn oraz kobiet w odniesieniu do poszczególnych nowotworów?

Najbardziej aktualne wskaźniki dotyczą roku 2023 i pochodzą z Krajowego Rejestru Nowotworów – statystyki są prezentowane z dwuletnim opóźnieniem, niezbędnym na opracowanie i rzetelną analizę zgromadzonych danych.

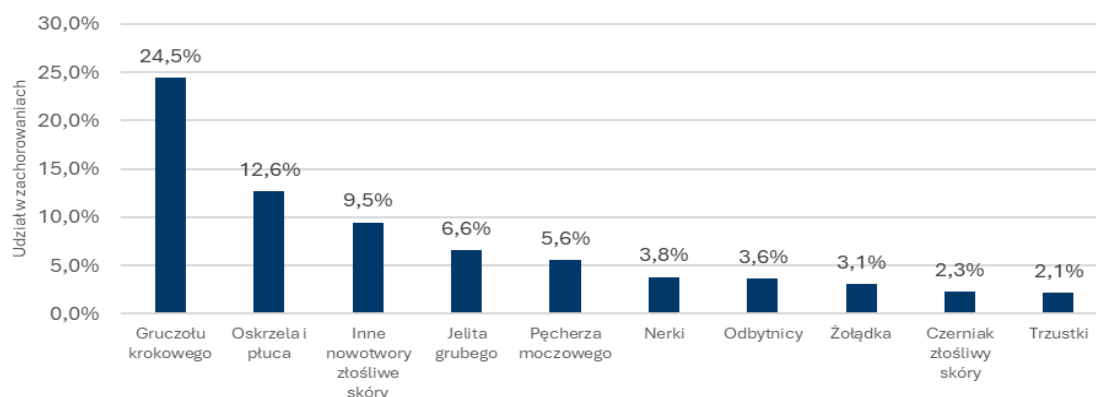
Według tych informacji, współczynniki zapadalności na nowotwory złośliwe oraz umieralności z ich powodu były wyższe dla mężczyzn niż dla kobiet. Dane zbiorcze przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Zachorowalność i umieralność na nowotwory w Polsce w 2023 r. Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów.

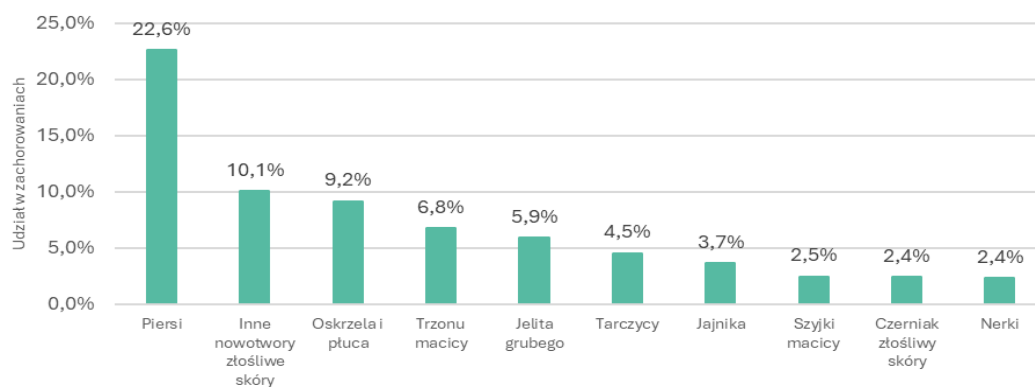
	Zachorowalność			Umieralność		
	Mężczyźni	Kobiety	Obie płcie	Mężczyźni	Kobiety	Obie płcie
Liczba przypadków	96 925	95 997	192 922	53 322	46 354	99 676
Współczynnik surowy*	532,1	492,7	511,8	292,7	237,9	264,4
ESP2013*	615,5	453,8	511,1	364,5	213,9	271,4
ASW*	275,3	244,6	253,3	140,7	88,7	110,1
Ryzyko skumulowane (do 79 lat)*	37,8%	29,7%	33,0%	21,6%	13,9%	17,3%

Zachorowalność dla mężczyzn i kobiet dla dziesięciu najczęstszych nowotworów złośliwych w każdej grupie płci przedstawiono na Rysunkach 1 i 2.

Rysunek 1. Struktura zachorowań mężczyzn na nowotwory złośliwe w 2023 r. (10 najczęstszych nowotworów złośliwych). Źródło: Opracowanie Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów.



Rysunek 2. Struktura zachorowań kobiet na nowotwory złośliwe w 2023 r. (10 najczęstszych nowotworów złośliwych). Źródło: Opracowanie Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów.



W 2023 r. w grupie mężczyzn największy odsetek zgonów nowotworowych stanowiły zgon z powodu nowotworu złośliwego oskrzela i płuca (25,4%), nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (11,0%) i nowotworu złośliwego jelita grubego (7,9%). Dla porównania, wśród kobiet był to kolejno nowotwór złośliwy oskrzela i płuca (18,6%), nowotwór złośliwy piersi (14,6%) i nowotwór złośliwy jelita grubego (8,1%)¹. Oznacza to, że

¹ Szczegółowe dane epidemiologiczne dotyczące zachorowalności i umieralności dla poszczególnych nowotworów złośliwych dostępne są na stronie internetowej Krajowego Rejestru Nowotworów: <https://onkologia.org.pl/pl/raporty>.

rak płuca pozostaje szczególnie istotnym problemem zdrowotnym wśród mężczyzn, którzy częściej niż kobiety palą tytoń i częściej umierają z powodu tego nowotworu.

Wysoka umieralność związana z nowotworami płuca i oskrzela wynika w dużej mierze z późnego wykrywania choroby, już na zaawansowanym etapie. Z tego względu szczególne znaczenie mają działania ukierunkowane na grupy najwyższego ryzyka, w tym przede wszystkim mężczyzn. Wczesne wykrycie choroby zwiększa szanse na skuteczne leczenie, dlatego program badań przesiewowych z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) stanowi ważne narzędzie ograniczania liczby zgonów z powodu raka płuca.

W pilotażu realizowanym w latach 2021–2024 wykonano ponad 42 tys. badań NDTK. Tylko w 2024 r. wykryto 267 zmian wymagających diagnostyki torakochirurgicznej lub pulmonologicznej, 178 zmian wymagających konsultacji innych specjalistów, a 817 osób skierowano na kontrolę po 3–6 miesiącach. Wyniki te potwierdzają, że badania przesiewowe pozwalają identyfikować osoby wymagające dalszej diagnostyki jeszcze przed wystąpieniem zaawansowanych objawów choroby.

Aktualnie, na ostatnim etapie jest proces legislacyjny realizowany w celu włączenia z dniem 1 października 2026 r. badania NDTK do koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych jako bezpłatnego badania dla osób spełniających kryteria programu, bez konieczności uzyskiwania klasycznego skierowania. To szczególnie ważna zmiana dla grup najbardziej narażonych na rozwój raka płuca, zwłaszcza mężczyzn, wśród których zarówno częstość palenia tytoniu, jak i obciążenie umieralnością z powodu tego nowotworu są wyższe niż w populacji kobiet. Dzięki temu więcej osób z grupy ryzyka będzie mogło skorzystać z wczesnej diagnostyki i leczenia na etapie dającym większe szanse na przeżycie.

Ad. 3. Czy przy opracowywaniu programów profilaktycznych i badań przesiewowych uwzględniane są różnice biologiczne pomiędzy kobietami i mężczyznami?

Przy opracowywaniu programów profilaktycznych i badań przesiewowych uwzględniane są różnice biologiczne pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie, w jakim wynikają one z aktualnej wiedzy medycznej, danych epidemiologicznych oraz rekomendacji ekspertów i instytucji oceniających technologie medyczne.

Określając warunki realizacji programów profilaktycznych, Minister Zdrowia jest zobowiązany kierować się oceną wpływu danego świadczenia na poprawę zdrowia obywateli, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 31a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych². Zgodnie z tym przepisem, podstawą kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych są m.in. skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo świadczenia, oceniane z uwzględnieniem wskaźników zapadalności, chorobowości oraz śmiertelności, określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej.

W konsekwencji, kryteria kwalifikacji do programów profilaktycznych i badań przesiewowych są ustalane w oparciu o dowody naukowe dotyczące ryzyka występowania określonych chorób w poszczególnych grupach populacji, w tym różnic związanych z płcią biologiczną. W praktyce oznacza to, że niektóre programy są kierowane wyłącznie do kobiet, jeśli wynika to ze specyfiki danej choroby (np. programy dotyczące nowotworów narządów płciowych), natomiast w przypadku schorzeń występujących u obu płci zakres i warunki realizacji badań mogą uwzględniać różnice w częstości zachorowań, przebiegu choroby lub skuteczności działań profilaktycznych.

Jednocześnie należy podkreślić, że kryteria kwalifikacji nie mają charakteru dyskryminującego, lecz służą zapewnieniu najwyższej skuteczności zdrowotnej i efektywności programów profilaktycznych poprzez kierowanie interwencji do grup

² (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz.146 ze zm.).

populacji odnoszących największe korzyści z badań przesiewowych. Uwzględnianie różnic biologicznych między kobietami i mężczyznami stanowi zatem element opartego na dowodach naukowych procesu projektowania programów zdrowotnych, którego celem jest poprawa wyników zdrowotnych całej populacji.

Ad. 4. Czy Ministerstwo Zdrowia analizuje skuteczność nowoczesnych terapii onkologicznych, w tym immunoterapii, z uwzględnieniem płci pacjentów?

W obowiązujących programach lekowych monitorowanie skuteczności terapii prowadzone jest na podstawie jednolitych kryteriów medycznych i co do zasady nie jest różnicowane ze względu na płeć pacjentów. Każdy pacjent jest oceniany indywidualnie, z uwzględnieniem jego stanu klinicznego, przebiegu choroby, chorób współistniejących oraz uzyskiwanych efektów leczenia. Ocena ogólnej skuteczności danej technologii opiera się na wynikach ogólnej populacji pacjentów objętych terapią, bez podziału na płeć.

Odmierna sytuacja dotyczy programów lekowych odnoszących się do nowotworów bezpośrednio związanych z płcią, takich jak m.in. rak jajnika czy rak gruczołu krokowego, gdzie sama specyfika schorzenia determinuje grupę pacjentów kwalifikowanych do leczenia. Poza tego rodzaju przypadkami kryteria monitorowania skuteczności terapii pozostają niezależne od płci.

Informuję, że dotychczas eksperci kliniczni nie zgłaszali potrzeby modyfikacji obowiązujących rozwiązań w tym zakresie, co potwierdza ich adekwatność do aktualnych potrzeb praktyki klinicznej.

Ad. 5. Czy Narodowa Strategia Onkologiczna zawiera działania skierowane szczególnie do grupy mężczyzn, którzy wykazują wyższą śmiertelność z powodu wielu nowotworów?

Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO, Strategia), została przyjęta uchwałą nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. z 2022 r. poz. 814, z późn. zm.), na podstawie art. 1 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969). Jest strategicznym, kompleksowym programem, który wytycza kierunki rozwoju w obszarze onkologii w Polsce na lata 2020-2030.

Celem nadrzędnym jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej, a także obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe oraz poprawa skuteczności i jakości leczenia onkologicznego.

Strategia obejmuje szereg działań o charakterze systemowym, ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia populacji, w tym również mężczyzn, w obszarze nowotworów złośliwych, zaplanowanych do podjęcia w latach 2020-2030, które skoncentrowane są wokół pięciu kluczowych obszarów:

- 1) Rozwój systemu kształcenia personelu medycznego przez inwestycje w kadry medyczne,
- 2) Zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki nowotworów oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych przez inwestycje w edukację,
- 3) Zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa ich jakości przez inwestycje w pacjenta,
- 4) Wsparcie badań naukowych w onkologii oraz zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych przez inwestycje w naukę i innowacje,
- 5) Optymalizacja procesu leczenia, a także doposażenie ośrodków w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę przez inwestycje w system opieki onkologicznej.

Działania realizowane w ramach NSO obejmują interwencje w zakresie profilaktyki, w tym edukacji i promocji zdrowia oraz wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych, a także leczenia i organizacji opieki nad pacjentami onkologicznymi. Warto podkreślić, że NSO,

wskazując kierunki rozwoju obszaru onkologii w Polsce, ma charakter uniwersalny i jest adresowana do całej populacji, zarówno kobiet, jak i mężczyzn.

Odnosząc się do działań profilaktycznych skierowanych do grupy mężczyzn można wskazać następujące kluczowe przedsięwzięcia, zgodne z założeniami NSO:

- W ramach kampanii Planuję Długie Życie prowadzone są liczne działania edukacyjne, informacyjne i promocyjne dotyczące profilaktyki onkologicznej, skierowane ogółu społeczeństwa oraz do wybranych grup, w tym mężczyzn, ukierunkowane na poprawę świadomości, w szczególności w zakresie wpływu stylu życia i postaw zdrowotnych na rozwój chorób nowotworowych, a także korzyści wynikających z uczestnictwa w badaniach przesiewowych;
- Konsekwentnie rozwijane są nowe instrumenty komunikacji ze społeczeństwem m.in. IKP oraz aplikacja mojejIKP. Narzędzia te stanowią innowacyjne rozwiązanie w systemie ochrony zdrowia - pomagają uporządkować w jednym miejscu rozproszone dotąd informacje medyczne o stanie zdrowia i ułatwiają pacjentom korzystanie z usług cyfrowych;
- W 2025 r. uruchomiono Narodowy Portal Onkologiczny, który jest narzędziem wspierającym realizację celów edukacyjnych NSO. Portal stanowi instrument wsparcia informacyjnego w poszukiwaniu rzetelnych, wiarygodnych, aktualnych i uporządkowanych informacji w zakresie onkologii, a także sprzyja podejmowaniu świadomych decyzji zdrowotnych. Ponadto, ułatwia pacjentom orientację w systemie ochrony zdrowia oraz pomaga przeciwdziałać dezinformacji w obszarze onkologii;
- Od 2022 r. uruchomiono finansowany ze środków NFZ Program badań przesiewowych raka jelita grubego. Program skierowany jest do osób w wieku od 50 do 65 lat lub od 40 do 49 lat (jeśli u najbliższych krewnych pacjenta, rozpoznano nowotwór jelita grubego), które nie miały wykonywanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat;
- Od 1 czerwca 2023 r. umożliwiono bezpłatne szczepienia chłopców i dziewcząt w okresie dojrzewania w ramach Powszechnego programu szczepień przeciw HPV;
- W latach 2021-2025 realizowano Program badań w kierunku wykrywania raka płuca, finansowany z budżetu NSO. W 2026 r. planowane jest wdrożenie programu w profilaktyce raka płuca z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej, finansowanego ze środków NFZ (szczegóły w odpowiedzi na pytanie nr 2);
- W 2028 r. planowane jest wprowadzenie finansowanego ze środków NFZ programu badań przesiewowych, w grupach wysokiego ryzyka w kierunku wykrywania nowotworów gruczołu krokowego.

Uzupełnieniem działań realizowanych w ramach NSO jest wdrażanie rozwiązań wynikających z ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych. Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO) wprowadziła nowy model skoordynowanej opieki nad pacjentami onkologicznymi, umożliwiającą współpracę ośrodków różnych poziomów zabezpieczenia, zapewniając ciągłość diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz dalszej opieki nad pacjentem. Celem jest zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania, kompleksowej opieki opartej o jednokowe standardy i wysoką jakość.

KSO wprowadza standaryzację opieki onkologicznej, poprzez wdrożenie tzw. „ścieżek pacjenta” dla najważniejszych nowotworów, w tym dla raka pęcherza moczowego i gruczołu krokowego. „Ścieżki pacjenta” to zbiór rekomendacji dotyczących kompleksowej opieki nad pacjentem – od podejrzenia choroby, przez diagnostykę i leczenie, aż po kontrolę po zakończeniu terapii i rehabilitację. Ich głównym celem jest wspieranie podejmowania

decyzji klinicznych, racjonalizacja procesu leczenia oraz zapewnienie pacjentom najwyższej jakości opieki zdrowotnej, zgodnej z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Działania realizowane w ramach NSO oraz KSO mają charakter populacyjny, lecz pozostają istotne również z perspektywy poprawy zdrowia mężczyzn.

Ad. 6. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje opracowanie kompleksowej strategii zdrowia mężczyzn obejmującej profilaktykę nowotworową, choroby układu krążenia, zdrowie psychiczne oraz inne główne przyczyny przedwczesnej umieralności mężczyzn?

Informacje w zakresie planowania strategii zdrowia mężczyzn zostały przekazane Panu Posłowi Marcinowi Józefaciukowi w dniu 10 czerwca 2026 r. (znak sprawy: ZPN.050.23.2026), w odpowiedzi na Interpelację nr 17230 w sprawie kryzysu zdrowia mężczyzn w Polsce oraz konieczności pilnych działań systemowych.

Polityka zdrowotna państwa realizowana jest w oparciu o podejście systemowe i populacyjne. Podejście to pozwala na adresowanie problemów zdrowotnych o złożonym podłożu społecznym i ekonomicznym, przy jednoczesnym uwzględnieniu specyfiki grup szczególnie narażonych.

Obecnie nie są prowadzone prace nad strategią kierowaną jedynie do mężczyzn. Największe wyzwania zdrowia publicznego dotyczą całej populacji i różnorodnych grup społecznych. Z perspektywy Ministerstwa Zdrowia, kluczowe jest, aby poprawić zasięg i skuteczność działań już realizowanych. W tym celu, planując swoje działania, dużą uwagę skupia się na umiejętności skutecznego planowania i realizowania interwencji zdrowia publicznego na poziomie lokalnym. To podejście pozwoli tworzyć interwencje, które będą skuteczniej oddziaływać na daną grupę, uwzględniając jej specyfikę. Jednocześnie, Narodowy Program Zdrowia będący strategią zdrowia publicznego, którego celem jest wydłużenie życia w zdrowiu oraz ograniczanie nierówności zdrowotnych, zarówno w aktualnej jak i planowanej edycji wskazuje na jakich czynnikach ryzyka i problemach można skupić swoją uwagę podczas planowania działań lokalnych.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi szereg działań odpowiadających na główne ryzyka zdrowotne mężczyzn, m.in.: poprzez program „Moje Zdrowie”, profilaktykę chorób układu krążenia, chorób odtytoniowych oraz nowotworów m.in. jelita grubego i płuca, które w dużym stopniu dotyczą mężczyzn. Ponadto, dokumenty o charakterze strategicznym tj. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030” oraz „Krajowy Plan Transformacji (KPT)” wskazują działania nakierowane na poprawę jakości życia i zdrowia pacjentów, w tym mężczyzn. W KPT wskazano na konieczność podjęcia działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności mężczyzn na działania profilaktyczne oraz konieczność promowania prawidłowego sposobu odżywiania i zapobiegania nadwadze i otyłości, szczególnie wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży.

Jednocześnie, działania w zakresie profilaktyki onkologicznej uwzględnia NSO (opisane szczegółowo w odpowiedzi na pytanie nr 5).

Z kolei, w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (NPChUK) realizowane są przedsięwzięcia w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania, leczenia oraz organizacji opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia. Z danych zawartych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wynika, że mężczyźni charakteryzują się wyższą umieralnością oraz krótszą oczekiwaną długością życia niż kobiety. Istotny udział w tym zjawisku mają choroby układu krążenia oraz związane z nimi czynniki ryzyka. W szczególności istotne znaczenie mają czynniki behawioralne, które odpowiadają za znaczną część obciążenia chorobami oraz zgonów, co uzasadnia konieczność wzmacniania działań profilaktycznych w tej grupie.

W związku z tym działania realizowane w ramach NPChUK koncentrują się na wzmacnianiu profilaktyki, zwiększaniu świadomości zdrowotnej oraz ograniczaniu modyfikowalnych

czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, co pozostaje szczególnie istotne również z perspektywy poprawy zdrowia mężczyzn.

Uzupełnieniem działań realizowanych w ramach NPChUK jest wdrażanie rozwiązań wynikających z ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych. Krajowa Sieć Kardiologiczna (KSK) wprowadza model opieki skoordynowanej, oparty na współpracy ośrodków różnych poziomów zabezpieczenia, zapewniający ciągłość diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz dalszej opieki nad pacjentem. Jednocześnie wprowadzono mechanizmy monitorowania jakości udzielanych świadczeń oraz oceny efektów leczenia.

Działania realizowane w ramach NPChUK oraz KSK mają charakter populacyjny i nie są kierowane do określonej grupy ze względu na płeć. Pozostają jednak istotne również z perspektywy poprawy zdrowia mężczyzn.

Ad. 7. Czy w ostatnich pięciu latach finansowano badania naukowe dotyczące wpływu płci biologicznej na skuteczność leczenia nowotworów? Jeśli tak, proszę o ich wykaz.

Ministerstwo Zdrowia nie jest jednostką odpowiedzialną za ocenę merytoryczną projektów badawczych ani za przyznawanie finansowania większości badań naukowych w tym obszarze. Finansowanie badań medycznych i klinicznych realizowane jest przede wszystkim przez wyspecjalizowane agencje i instytucje, takie jak Agencja Badań Medycznych (ABM), Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBR) oraz – w przypadku badań podstawowych – Narodowe Centrum Nauki (NCN). Instytucje te prowadzą własne konkursy i dysponują informacjami dotyczącymi finansowanych projektów badawczych. Informacje o konkretnych projektach można uzyskać bezpośrednio od podmiotów odpowiedzialnych za finansowanie badań, tj. ABM, NCBR oraz NCN.

Ad. 8. Czy Ministerstwo Zdrowia rozważa wdrożenie wcześniejszych lub bardziej intensywnych działań profilaktycznych dla grup mężczyzn szczególnie narażonych na rozwój nowotworów?

Ministerstwo Zdrowia na bieżąco analizuje dane epidemiologiczne, wyniki badań naukowych oraz rekomendacje ekspertów w zakresie profilaktyki nowotworów. Ewentualne decyzje dotyczące wdrożenia wcześniejszych lub bardziej intensywnych działań profilaktycznych dla grup mężczyzn szczególnie narażonych na zachorowanie podejmowane są w oparciu o aktualną wiedzę medyczną oraz ocenę skuteczności i bezpieczeństwa proponowanych interwencji.

Należy podkreślić, że już obecnie przy planowaniu działań profilaktycznych uwzględniane są czynniki zwiększonego ryzyka, takie jak wiek, obciążenia rodzinne czy predyspozycje genetyczne.

Ponadto, zgodnie z celami NSO, planowany jest rozwój profilaktyki nowotworów urologicznych, w tym uruchomienie w 2028 r. finansowanego przez NFZ programu badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka prostaty skierowanego dla grup wysokiego ryzyka.

Jednocześnie, w Polsce realizowany jest projekt pilotażowy PRAISE-U, będący elementem europejskich działań prowadzonych zgodnie z zaleceniami Komisji Europejskiej w zakresie badań przesiewowych raka prostaty. Projekt obejmuje mężczyzn z grup wysokiego ryzyka zachorowania, a jednym z polskich partnerów i ośrodków pilotażowych jest Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu. Planowane jest wykorzystanie doświadczeń oraz wniosków wypracowanych w ramach projektu PRAISE-U przy opracowywaniu ogólnopolskiego programu badań przesiewowych raka gruczołu krokowego finansowanego ze środków NFZ.

W przypadku pojawienia się nowych dowodów naukowych potwierdzających korzyści zdrowotne wynikające z wcześniejszego lub bardziej intensywnego objęcia określonych

grup mężczyzn działaniami profilaktycznymi, mogą one stanowić podstawę do dalszego rozwoju programów profilaktycznych.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/