SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (**66.**)
w dniu 13 marca 2018 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat audytu klinicznego i fizyki medycznej w obrazowaniu klinicznym.

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 08)

(Posiedzeniu przewodniczy zastępca przewodniczącego Dorota Czudowska)

Zastępca Przewodniczącego
Dorota Czudowska:

Dzień dobry państwu. Zaczynamy obrady komisji.
(*Rozmowy na sali*)
(*Głos z sali*: Zaczynamy?)
Tak, zaczynamy.

Dzień dobry państwu. W imieniu przewodniczącego Komisji Zdrowia, pana senatora Waldemara Kraski, witam państwa w Senacie Rzeczypospolitej Polskiej. Witam na obradach Komisji Zdrowia.

Dzisiejsze obrady, dzisiejszą rozmowę chcemy poświęcić problemom audytów klinicznych i obrazowania w diagnostyce medycznej.

Problemów jest wiele. Sama się z nimi borykam jako dyrektor placówki, choć małej, która od 25 lat wykonuje w Legnicy badania mammograficzne. I cieszę się z tego, że jakość badań radiologicznych jest w coraz większym zainteresowaniu wszystkich. Ta jakość to jest wymóg.

Powiem na początek, że zainteresowałam się tym już w 1997 r., kiedy miałam szczęście być na takich szkoleniach w Stanach Zjednoczonych, w różnych fundacjach i szpitalach, w których wykonywano badania mammograficzne. Jak tylko przyjechałam do Legnicy, to zaraz, zresztą z pomocą pani Elżbiety Pater, która była wtedy fizykiem w Dolnośląskim Centrum Onkologii, czyli w instytucji może nie tyle dla mnie nadzorującej, ale dla mnie merytorycznie istotnej… Co mogliśmy na tamten czas, to robiliśmy, tak żeby jakość badań mammograficznych, przynajmniej w mojej placówce, była dobra. Z chwilą, kiedy weszliśmy do Unii Europejskiej, stał się to wymóg, ale mamy z tym pewne problemy. Z tego, co wiem, wynika, że brakuje fizyków medycznych, audyty są coraz droższe i nie są uwzględniane w wycenie świadczeń. Wymaga to również odpowiedniego sprzętu komputerowego, sprzętu do monitorowania tej jakości. Mamy nadzieję, że obecny na posiedzeniu komisji pan minister Król będzie nam pewne rzeczy wyjaśniał, a jeśli nie teraz, to sobie je zapisze i wyjaśni je nam w innym czasie.

Mamy bardzo dużo gości. Witam serdecznie państwa. Żeby nie pominąć nikogo, bardzo proszę o króciutkie przedstawienie się, powiedzenie, skąd państwo jesteście, kogo reprezentujecie. Zacznijmy od tej strony.

Naczelnik
Wydziału Zdrowia Środowiskowego
w Departamencie Zdrowia Publicznego
w Ministerstwie Zdrowia
Edyta Mięgoć:

Dzień dobry. Edyta Mięgoć, Ministerstwo Zdrowia, Departament Zdrowia Publicznego.

Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Zbigniew Król:

Dzień dobry, Pani Przewodnicząca, Szanowni Państwo. Zbigniew Król, Ministerstwo Zdrowia.

Przedstawiciel
Departamentu Zdrowia Publicznego
w Ministerstwie Zdrowia
Bożena Barcikowska-Puzio:

Dzień dobry. Bożena Barcikowska, Departament Zdrowia Publicznego, Ministerstwo Zdrowia.

Naczelnik Wydziału Kształcenia
w Regulowanych Zawodach Medycznych
w Departamencie Nauki
i Szkolnictwa Wyższego
w Ministerstwie Zdrowia
Edyta Gadomska:

Dzień dobry. Edyta Gadomska, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Zdrowia.

Członek Komisji Rewizyjnej
w Polskim Towarzystwie
Inżynierii Biomedycznej
Kazimierz Pęczalski:

Dzień dobry. Kazimierz Pęczalski, Politechnika Warszawska, nadzór specjalistyczny – jestem w zastępstwie konsultanta krajowego w dziedzinie inżynierii medycznej – jak również Polskie Towarzystwo Inżynierii Biomedycznej.

Członek Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa
Inżynierii Klinicznej Elżbieta Pater:

Elżbieta Pater, Polskie Towarzystwo Inżynierii Klinicznej. Jestem kierownikiem laboratorium wykonującego

testy specjalistyczne. Pracowałam 30 lat w Dolnośląskim Centrum Onkologii jako fizyk w radioterapii, brachyterapii, w teleterapii, a potem jako pracownik kontroli jakości aparatury rentgenodiagnostycznej. Przez 15 lat prowadziłam taką pracownię.

Pierwszy Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Inżynierii Klinicznej Ryszard Kowski:

Ryszard Kowski, Polskie Towarzystwo Inżynierii Klinicznej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, fizyk i inżynier.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Jerzy Walecki:

Jerzy Walecki, konsultant krajowy do spraw radiologii i diagnostyki obrazowej.

Członek Krajowej Rady do spraw Onkologii Szymon Chrostowski:

Dzień dobry. Szymon Chrostowski, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, członek Krajowej Rady ds. Onkologii.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Fizyki Medycznej Julian Malicki:

Julian Malicki, konsultant krajowy w dziedzinie fizyki medycznej, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.

Asystent do spraw Administracyjnych Dyrekcji Wielkopolskiego Centrum Onkologii Agnieszka Chołuj:

Dzień dobry. Agnieszka Chołuj, Wielkopolskie Centrum Onkologii.

Przedstawiciel Instytutu Strategii i Rozwoju Agnieszka Jadczyszyn:

Agnieszka Jadczyszyn, Instytut Strategii i Rozwoju.

Dyrektor Zakładu Aparatury Jądrowej w Narodowym Centrum Badań Jądrowych Edyta Dymowska-Grajda:

Edyta Dymowska-Grajda, Narodowe Centrum Badań Jądrowych.

Ekspert do spraw Akceleratorów w Narodowym Centrum Badań Jądrowych Jacek Pracz:

Jacek Pracz, pracownik naukowy, Narodowe Centrum Badań Jądrowych w Świerku.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Bardzo dziękuję.

Jeszcze senatorów poproszę, żeby się przedstawili naszym gościom.

Senator Bogusława Orzechowska:

Bogusława Orzechowska, senator Rzeczypospolitej, lekarz POZ.

Senator Leszek Czarnobaj:

Leszek Czarnobaj, senator z Pomorza.

Senator Józef Łyczak:

Józef Łyczak, senator z Ciechocinka.
(*Rozmowy na sali*)
(*Wesołość na sali*)

Senator Andrzej Mioduszewski:

Już wygrałeś w kategorii: popularność.

Senator Andrzej Mioduszewski z Grudziądza. Najbardziej zadłużony szpital…

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Bardzo dziękuję.

Witam również panie obsługujące naszą Komisję Zdrowia jak zawsze bardzo życzliwie i z uśmiechem.

Będziemy rozmawiać na temat, jak już powiedziałam, audytów klinicznych i roli fizyka w radiologii. Pan prof. Malicki przedstawi projekt dotyczący protonoterapii w Polsce, ale to w drugiej części naszego spotkania. Myślę, że czasu nam wystarczy. Na tę pierwszą część zaplanowaliśmy tak około półtorej godziny. Myślę, że to będzie dość. Proszę się częstować kawą, herbatą.

Przystępujemy do pierwszej prezentacji.

Bardzo proszę.

Pierwszy Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Inżynierii Klinicznej Ryszard Kowski:

Dziękuję.

Niezwykle jest mi miło, że w tak szacownym gronie możemy powiedzieć o problemach, z którymi borykamy się od lat. Ja borykam się z nimi od lat 30, pętając się po różnych obszarach medycyny, w tym w większości po diagnostyce, choć zaczynałem od terapii. Od kilkudziesięciu lat, od lat 28, próbujemy w inżynierii klinicznej… Tak nazwaliśmy naszą sekcję w Polskim Lekarskim Towarzystwie Radiologicznym i ona była przez lata właśnie w tym towarzystwie. Potem, kiedy towarzystwo troszeczkę zmieniło status i statut, utworzyliśmy Polskie Towarzystwo

Inżynierii Klinicznej. Pracowałem w szpitalach i głównie to doświadczenie, a także mój mentor, prof. Zajgner, który kiedyś, kiedy robiłem u niego pracę magisterską z termografii ciekłokrystalicznej w medycynie, prosił mnie, żebym w tej diagnostyce obrazowej, która rozwijała się wtedy bujnie – obecnie następuje niesamowicie burzliwy rozwój tej dziedziny medycyny – uwzględnił… Trudno tu mówić o jednej dziedzinie medycyny, bo praktycznie we wszystkich dziedzinach medycyny obrazowanie medyczne jest niezwykle ważne. Ten burzliwy rozwój dotyczy nie tylko metod związanych z promieniowaniem jonizującym takich jak fluoroskopia, czyli prześwietlenia, szczególnie w radiologii zabiegowej, obarczone potężną dawką promieniowania. W tomografii komputerowej ta dawka jest teraz już troszeczkę mniej obciążająca, bo weszły nowe algorytmy, nowe możliwości techniczne. Zdjęcia rentgenowskie, wśród których jest również mammografia, a więc bardzo precyzyjne narzędzie obrazowania, radiografia stomatologiczna… Wiąże się to wszystko z dawkami, przy czym pojęcie dawki należy rozumieć, szczególnie w diagnostyce, dwojako. Bo dawka to nie tylko dawka promieniowania jonizującego, ale również dawka nefrotoksycznego środka kontrastującego. I na oboma tymi wielkościami powinniśmy mieć nadzór i powinniśmy prowadzić w tym zakresie optymalizację.

Pojawiają się ponadto bezpromienne metody, tam gdzie tylko obraz… Nie mówimy tu o dawkach promieniowania. Czyli: rezonans magnetyczny, ultrasonografia. Ogromnie pojemne dziedziny, które w tej chwili są bez nadzoru. O tym będę mówił. Dalej: fiberoskopia, koherentna tomografia optyczna, termografia, biofluorescencja, diafanoskopia. Mamy zatem przeróżne metody obrazowania medycznego, często w hybrydowy sposób łączące się w diagnostyce molekularnej.

Obraz medyczny, który prowadzi albo do postawienia diagnozy, albo do monitorowania postępów leczenia lub choroby, musi mieć pewne cechy, które należy sprawdzać i kontrolować. Na całym świecie w ten sposób postępuje się z obrazowaniem medycznym. Obraz medyczny musi być powtarzalny. Dzięki temu i dzięki innym cechom może być porównywalny z innymi, gdzieś indziej wykonanymi badaniami. Służy do porównań, bo przecież pacjent wędruje po różnych ośrodkach i musi być możliwość oceny jego stanu bieżącego i wpływu tego, co z pacjentem zrobiono lub czego nie zrobiono, na jego stan zdrowia. Dalej: obraz medyczny musi być prezentowany bez utraty informacji, prawidłowo interpretowany, czyli na takich narzędziach, które będą umożliwiały dostrzeżenie wszystkiego, co zostało zarejestrowane we właściwy sposób, i interpretację tych danych. Jak mówię, przekazywany bez utraty informacji, tak żeby można było spełnić wymóg zasady ALARA – chodzi o to, żeby u pacjenta nie powtarzać badań obarczających dawką, tylko skorzystać z poprzednio lub gdzieś indziej wykonanych badań, co zresztą mamy zapisane w ustawie – Prawo atomowe. Obraz medyczny musi być ponadto archiwizowany bez utraty informacji.

Jakie mamy w tej chwili przejawy rzeczywistości w tym obszarze? Niestety nie będzie to wyglądało różowo. Przede wszystkim musi mieć miejsce jednoznaczne i bezdyskusyjne określenie osoby odpowiedzialnej za wykonanie określonej procedury. To jeden z podstawowych problemów, który podniesiono mniej więcej 10 lat temu, kiedy parlament unijny postanowił nie uznawać usług telemedycznych za usługi medyczne, dopóki nie będą spełnione m.in. takie warunki, jak tutaj pokazane. Nie może dojść do stosowania jakiejkolwiek praktyki medycznej, która by pogorszyła opiekę nad pacjentem poprzez warunki jej wykonywania, a więc przez właśnie zdalne prowadzenie interpretacji. I o tym krótką chwilkę. Teleradiologia. Przyjmuje się, że w radiologii to jest bezpieczne przekazywanie obrazów, opisywanie na właściwej stacji opisowej – mimo że tak naprawdę nie ma nad tym kontroli, na różnych obiektach jest to opisywane – a także bezpieczne przekazanie wyników. To w zasadzie jest tylko zdalne opisywanie… Bo w teleradiologii powinien być jeszcze zachowany warunek sine qua non złożony z kilku wymagań. Po pierwsze, możliwość skutecznego nadzoru i wpływu decyzyjnego na przebieg badania. Nawet zdalnie pracujący lekarz powinien zaakceptować skierowanie, zdecydować, czy uzasadniona jest ekspozycja na promieniowanie jonizujące. To zdalnie pracujący lekarz powinien w danej sytuacji, określonej w skierowaniu, dokonać wyboru metody i ewentualnej modyfikacji procedury. Mówię tutaj głównie o tomografii komputerowej. A więc chodzi o dopasowanie grubości warstwy, która powinna być użyta – im cieńsza warstwa, tym wyższa dawka; tym lepszy obraz, ale większa dawka promieniowania. Po drugie, zlecenie podania środka kontrastującego. O tym decyduje radiolog. I wreszcie: zakończenie obrazowania. Mieliśmy w Polsce sytuację, w której pacjent miał potężne uszkodzenie prowadzące do tetraparezy. Zgłosił się na badanie po wypadku komunikacyjnym, zdalnie opisujący lekarz nie miał wglądu do obrazów, technik zwolnił pacjenta ze stołu, a pacjent, zszedłszy ze stołu, potknął się w progu i uszkodził sobie rdzeń na wysokości kręgosłupa szyjnego. Nikt nie zauważył w trakcie badania, że pacjenta nie wolno zwolnić ze stołu bez usztywnienia, bez jakiegokolwiek zabezpieczenia tego, co było widać na obrazie tomograficznym. A zatem problemy teleradiologii są ogromnymi problemami. Kończy się praca nad rozporządzeniem związanym z teleradiologią.

Dalej: prawidłowy pomiar wielkości. To jest następna rzecz, która jest niezwykle ważną rzeczą. Zobaczcie państwo, jak wygląda pomiar wielkości tego samego obrazu na różnych monitorach. Różnica dochodzi nawet do kilku milimetrów. To jest wykorzystywane przy kalibracji do protezy, przy ocenie zmiany, a w ultrasonografii do oceny wieku płodowego. Stąd często niezgodności określenia wieku płodowego ze średnicy czaszki i z długości kości długich. Jest to kwestia właściwie oświetlonego monitora, niewypalonego monitora. To jest zupełnie poza kontrolą. W Stanach Zjednoczonych w ostatnich latach mamy sporo publikacji mówiących o tym, że zwiększa się liczba niepotrzebnie wywoływanych porodów właśnie z powodu błędnej oceny wieku płodowego z powodu niewłaściwego używania ultrasonografów czy też używania niewłaściwych urządzeń, monitorów, które przy ultrasonografach są. Prawidłowa prezentacja obrazów powinna być kontrolowana. W internecie są bezpłatnie do ściągnięcia tego typu obrazy. Zobaczcie państwo, to jest obraz testowy dla monitora medycznego. Tu widać ewidentnie, że pewne

obszary na tym obrazie są zupełnie nieczytelne. To nie jest monitor medyczny. Te narożniki powinny wyglądać w ten sposób, a nie tak, jak mamy tutaj. Te kwadraty prosto oceniane powinny zawierać… Jeden troszeczkę ciemniejszy, drugi jaśniejszy kwadrat… I to powinno być widoczne. A na tych 3 prostokątach na dole lekarz na swoim monitorze powinien widzieć wszystkie litery tego napisu „quality control". Jeżeli nie widzi jakiejś litery, to oznacza, że na tym samym monitorze nie zobaczy również jakichś tkanek. I to jest dramat. Przykład niemal sztandarowy sprzed paru lat ze Szpitala Czerniakowskiego: oceniony na telefonie komórkowym czy na tablecie obraz…

(*Głos z sali*: Na telefonie komórkowym.)

Oceniony na komórkowym telefonie obraz tomografii komputerowej nie wykazał krwiaka, który spowodował potem zgon pacjentki.

(*Głos z sali*: Zakrzepicy żylnej…)

Kilka już było takich przypadków.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Nie będę się z konsultantem krajowym kłócił, oczywiście że tak. Tutaj mogę troszeczkę przesadzać.

Teraz chcę oddać głos koleżance, która na podstawie dokumentów międzynarodowych o roli fizyka i inżyniera klinicznego słów parę powie.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Inżynierii Klinicznej Elżbieta Pater:

Proszę państwa, obrazowanie to nie tylko rentgenoterapia i wszystkie obrazy związane z diagnostyką. Obrazowanie jest również w terapii. I powinno być kontrolowane. Dawniej to były symulatory, teraz są tomografy komputerowe. Najnowsza metoda to jest obrazowanie niskoenergetyczną wiązką fotonową w takim aparacie do radioterapii. To jest tomoterapia.

Gdzie mam przyciskać?

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Aha, dobrze. Przepraszam.

Proszę państwa, to są dziedziny, na które musimy zwrócić szczególną uwagę, ponieważ tu obrazowanie praktycznie nie jest nadzorowane. Endoskopia i ultrasonografia. I tutaj słów kilka. Otóż 5 lat temu, jak jeszcze pracowałam w Dolnośląskim Centrum Onkologii, dowiedziałam się na jednym z wyjazdów ECR, że ultrasonografia powinna być w konkretny sposób sprawdzana – takim fantomem obrazującym rozdzielczość, głębokość penetracji, jednorodność. I taki fantom sprowadziłam z Ameryki do Dolnośląskiego Centrum Onkologii. To jest fantom CIRS, w zasadzie jedyny porządny fantom na świecie, więc mogę wymienić jego nazwę. Przebadałam za jego pomocą 4 aparaty USG, które wtedy w Dolnośląskim Centrum Onkologii były. Zrobiliśmy z tego protokół. Chciałam to zaproponować innym użytkownikom USG – absolutnie bezpłatnie, bo chciałam się zorientować, jak wygląda stan w zakresie USG na Dolnym Śląsku – i po prostu zrobić u nich takie badania. Proszę państwa, nie było żadnego zainteresowania, mimo że w przypadku USG praktycznie nie mamy żadnego nadzoru nad obrazem, bo lekarz, który ogląda obraz na monitorze, nie może być, bez takiego badania fantomem, pewny, że to, co ogląda, to jest wszystko to, co może widzieć. I to jest rzecz bardzo… Taki fantom będzie teraz u pani senator…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Jest. I będziemy ruszać…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak, testowo z jakimiś badaniami. Są do tego normy, są też opisy fantomowe, na podstawie których można takie badania wykonać.

Proszę państwa, 5 grudnia 2013 r. weszła dyrektywa Rady Euratom, która zastąpiła poprzednie dyrektywy, nawet tą z 1989 r., i ustanowiła podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego. Ta dyrektywa zawiera ewidentny zapis o tym, że w diagnostyce musi być również kontrola jakości obrazowania i działania fizyka medycznego. W art. 86 tej dyrektywy – nie mam go tutaj przywołanego – jest zapis o czynnościach tego fizyka, o których powiem troszeczkę potem na podstawie innego dokumentu wynikającego z dyrektywy. W tej chwili chciałbym zwrócić uwagę na to, że do 6 lutego w Polsce powinna być implementowana ta dyrektywa i jej zalecenia. Do 6 lutego. No, jest tworzone nowe prawo atomowe, ale w tej chwili jeszcze nie jest opublikowane. 6 lutego minął nam termin.

Europejska komisja Radiation Protection wydała dokument stanowiący podstawę do uznania „Medical Physics Expert" i „Consultant Physics Expert" w zakresie schematów kształcenia wymagań profesjonalnych oraz tego, w jakim zakresie fizyk medyczny ma działać na rzecz radioterapii. Oczywiście ta komisja działała na bazie dyrektywy. Jak państwo widzą, jest tu zapis dotyczący diagnostyki obrazowej. Ten dokument powstał na bazie dokumentów bardzo różnych, m.in. Amerykańskiego Towarzystwa Fizyki Medycznej, AAPM. To są dokumenty, na których myśmy najbardziej… Jak w Polsce jeszcze nie było różnych dokumentów związanych z działalnością fizyka i z działalnością pomiarową, to my zawsze bazowaliśmy na opisach amerykańskiego towarzystwa. W 1997 r. Amerykańskie Towarzystwo Fizyki Medycznej dało zalecenia co do kontroli aparatów mammograficznych. Chciałam tylko dodać, że ten aparat mammograficzny w placówce pani senator był pierwszym aparatem mammograficznym w 1997 r., który zmierzyłam samodzielnie. Z duszą na ramieniu, no ale mierzyłam, bo taka była potrzeba chwili. Opierałam się tylko na amerykańskich wytycznych, bo wtedy nie było… Prawo atomowe weszło dopiero w 2000 r. Wprawdzie w 1986 r. było, ale to była taka…

(*Głos z sali*: Nieformalnie.)

Tak, nieformalne. A potem było w 2000r., a potem było rozporządzenie o bezpiecznym stosowaniu promieniowania. No ale to są późniejsze lata.

Ten dokument tej europejskiej komisji powstał na bazie rekomendacji AAPM, EFOMP, IAEA i tego dokumentu z 2013 r. IAEA… To nazywa się: rola, odpowiedzialność i edukacja – wymagania dla fizyków medycznych. Proszę zauważyć, jakie to są lata. 1991 r. – amerykański dokument… To jest 27 lat temu, więcej niż ćwierć wieku temu. Oni już wtedy mieli stworzone te dokumenty dotyczące kontroli.

Na podstawie tej publikacji na temat roli i odpowiedzialności fizyka w diagnostyce i interwencyjnej radiologii, w magnetycznym rezonansie i w ultrasonografii, podzieliłam czynności fizyka, inżyniera medycznego, na 3 takie działy. Pierwszy dział dotyczy sprzętu medycznego. I tutaj są takie działania jak określenie problemu związanego z awarią systemu i decyzyjność w zakresie wezwania serwisu. Proszę państwa, w tej chwili, ponieważ nie ma fizyków w szpitalach, wzywanie serwisu jest w zasadzie często podyktowane tym, że… Jest jakaś drobna zmiana, trzeba przekalibrować drobną rzecz, i już wzywa się serwis. Serwisy w tej chwili mają eldorado, proszę państwa, ponieważ nikt w szpitalach ich nie nadzoruje. W szpitalach są technicy, często nieprzeszkoleni. Ostatnio w dużym wrocławskim szpitalu miałam możliwość spotkania się z technikami RTG – nie mammografii, bo to jest zupełnie inna sprawa, ale RTG – którzy nie mieli o tym zielonego pojęcia. Pracowali na ucyfrowionym aparacie i nie mieli zielonego pojęcia o tym, na jakim współczynniku obrazowania mają pracować. Ten współczynnik w przypadku klatki piersiowej się wahał od 100 do 1000. Proszę państwa, tak nie może być. Ja próbowałam trochę ich przeszkolić i byli szczęśliwi, bo nigdy nie byli na szkoleniach. Pierwsze i ostatnie szkolenie mieli w momencie, kiedy był instalowany aparat – to było jedyne ich szkolenie. Poza tym nie wszyscy byli przeszkoleni. Był tylko jeden, którego akurat wtedy w pracy nie było, kiedy ja tam się znalazłam… Proszę państwa, technicy powinni być permanentnie szkoleni. Te nowe formy obrazowania, czyli aparaty ucyfrowione, aparaty cyfrowe, z różnymi formami cyfrowymi… Technicy powinni być przeszkoleni w technice wykonywania zdjęć, tym bardziej że w przypadku aparatów cyfrowych i ucyfrowionych jest tak, że dawka podana może być o wiele większa niż w analogu. W analogu trzymała nas, że tak powiem, za ręce czarna błona. Prawda? Jak dawka była za duża, to mieliśmy błonę przebitą…

(*Głos z sali*: Czerwoną?)

Czarną. Natomiast tutaj tak nie jest. Wręcz przeciwnie, bo czasami może być tak, że… Im większą dawkę się poda – oczywiście do pewnej granicy – tym lepszy będzie obraz. Na to trzeba zwrócić ogromną uwagę. Proszę państwa, w Stanach Zjednoczonych, jak wprowadzono cyfrowe aparaty, to była taka sytuacja, że powstawały nowotwory indukowane przez eskalację dawki w tych aparatach. Tak więc tutaj musimy być niezwykle ostrożni i tych wszystkich techników trzeba szkolić, a szkolić może nadzorujący fizyk.

W Dolnośląskim Centrum Onkologii, w którym prowadziłam 13 lat tę pracownię, prawie codziennie był telefon od technika, że coś tam nie wychodzi, że obraz zniknął itp. I nie wzywaliśmy, proszę państwa, serwisu, który by przyjechał i wziął wtedy za godzinę 250 zł, żeby ustalić usterkę. Myśmy po prostu rozwiązywali ten problem sami. Oczywiście jeśli to była duża usterka aparatu, to można było wezwać serwis. No, serwis przyjeżdżał. Kto go nadzorował? Myśmy go nadzorowali, ja go nadzorowałam. Nie wypuściłam serwisu bez testów poserwisowych. Proszę państwa, był zakupiony aparat rentgenowski przewoźny, który to aparat wedle specyfikacji miał mieć ognisko 0,6 i drugie – 1. Zaczęłam mierzyć w testach akceptacyjnych – tak zorganizowaliśmy przetarg, że to pracownia robiła testy akceptacyjne – i okazało się, że to nie jest ognisko 0,6, tylko 0,8. W związku z tym aparat wrócił do sprzedającego. Proszę państwa, fizyk nadzorujący pracę takich zwykłych diagnostycznych aparatów to jest absolutna konieczność. A tych fizyków w ogóle nie ma.

Nadzór nad serwisem… O tym powiedziałam. Nadzór nad testami wykonywanymi przez firmy zewnętrzne. Proszę państwa, istnieją firmy akredytowane, które robią testy specjalistyczne. To jest wymogiem z naszej ustawy, rozporządzenia. Te firmy robią testy specjalistyczne dla aparatów mammograficznych, rentgenowskich wszystkich rodzajów. Ale, proszę państwa, jeśli… Oczywiście są firmy superuczciwe, które, jak mierzą mammograf, to robią to 5 godzin, bo tak powinno się mierzyć, bo taki mniej więcej jest dobry czas pomiaru aparatu mammograficznego. Ale są i takie firmy, które przyjeżdżają i mierzą go przez 20 minut, biorą dane z poprzedniego raportu. Proszę państwa, ja przyjechałam kiedyś mierzyć aparat mammograficzny, a techniczka mówi tak: proszę pani, pani tyle błon tu zużyła i tak długo pani to mierzy, a wcześniej był pan, przyszedł, wypił kawę i wyjechał. I to były testy. Proszę państwa, musimy to wszystko nadzorować ze strony tego użytkownika. Oczywiście przy każdych testach musi być przedstawiciel użytkownika – on podpisuje, że był. Ale ten przedstawiciel użytkownika musi się na sprawie znać, wiedzieć, co będzie robione, jak długo to ma trwać, czy wszystkie filtracje zostały zmierzone itp. No po prostu on musi to wiedzieć.

Dalej, musimy też pilnować… Fizyk ma nadzór na wzorcowaniem i pracą przyrządów pomiarowych. Proszę państwa, rozporządzeniem wprowadziliśmy w Polsce testy podstawowe dla aparatów. No ale testy podstawowe dla aparatów wymagają pewnych urządzeń, a te urządzenie wymagają wzorcowania. To wszystko musi ktoś nadzorować. Technicy mają swoje działania i w sumie czasami nawet nie wiedzą, gdzie to wysłać do legalizacji. Ja się spotykam z tym, jak przyjeżdżam, że proszą mnie o to, żeby zrobić badania crossowe między miernikami, żeby wiedzieli, czy ich mierniki…

(*Głos z sali*: Jedźmy dalej, bo czas nam ucieka…)

A, przepraszam. Tak, tak.

Wykonywanie testów odbiorczych poinstalacyjnych, ponaprawczych. Oczywiście fizyk powinien to robić i inżynier medyczny. Ścisła współpraca ze służbami danej jednostki, działem technicznym, aparatury medycznej itd. To jest ten pierwszy dział.

Drugi dział to jest dział dotyczący techników i lekarzy. Trochę już powiedziałam o tym, że wszyscy muszą być szkoleni. Fizyk jest takim, jak to pewien technik określił, stróżem jakości. Pani będzie takim stróżem jakości – powiedziała kiedyś do mnie techniczka. A ja odpowiedziałam: tak, bardzo ładne określenie. Fizycy powinni aktualizować wiedzę i wiedzieć wszystko na temat tych aparatów i w miarę możności – na tyle, na ile to jest możliwe – uczyć techników.

Szkolenia dla personelu w zakresie obsługi nowego wyposażenia. To jest bardzo ważna sprawa.

(*Pierwszy Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Inżynierii Klinicznej Ryszard Kowski*: Bez dygresji, bo nam czas ucieknie i nie zdążymy wszystkiego powiedzieć.)

Dobrze, dobrze.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Optymalizacja dawki w radiologii zabiegowej. O tym pan Kowski mówił.

Śledzenie literatury, dokumentowanie pomiarów dawki. Monitorowanie i nadzór oraz współpraca z personelem obsługującym.

I następna rzecz, w odniesieniu do zarządzania jakością i ryzykiem. No, wprowadziliśmy systemy zarządzania jakością. Fizyk bardzo często pomaga w przygotowaniu procedur, instrukcji pomiarowych. Szacowanie ryzyka wystąpienia zdarzenia niepożądanego, udział w analizie procedur niezgodnych z założeniami, udział w audytach klinicznych wewnętrznych oraz w przygotowaniu audytów zewnętrznych. Proszę państwa, to tyle. Dziękuję bardzo.

Pierwszy Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Inżynierii Klinicznej Ryszard Kowski:

Teraz ja. Postaram się dość szybko dokończyć.

Koleżanka skończyła na audytach. Szanowni Państwo, niezwykle często mylone są pojęcia audytu i audytu klinicznego.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Niezwykle często jest mylone pojęcie audytu z audytem klinicznym. Audyty systemowe, które w systemach jakości są robione, nie są audytami klinicznymi – to są zupełnie inne działania. Jest pewna część wspólna tych działań, ale audyty kliniczne mają robić profesjonaliści w danej dziedzinie. Audyty systemowe robią profesjonaliści w systemach jakości. To są zupełnie inne działania, zupełnie inne przestrzenie. O tym za chwilę będę mówił.

Stwierdziliśmy 3 główne problemy przez te lata naszego działania. Przy rozwiązywaniu tych problemów serdecznie prosimy państwa o pomoc, bo to na pewno musi być inicjatywa polityczna. My jesteśmy za malutcy, żeby z tym wszystkim sobie dać radę. Obecnie mamy dualizm. Mamy ustawę – Prawo atomowe i dokumenty z nią związane wynikające z dyrektywy unijnej, które dotyczą obrazowania wykorzystującego promieniowanie jonizujące, oraz… Ogromny dział obrazowania to ultrasonografia, rezonans i te wszystkie niejonizujące nośniki informacji, które w obrazowaniu są wykorzystywane. Obraz jest tak samo ważny, sposób jego oglądania jest tak samo ważny. To, że mamy dualizm, czyli ustawę – Prawo atomowe oraz ustawę o działalności leczniczej… Na dość zaawansowanym etapie jest opracowywanie projektu rozporządzenia o standardach w obrazowaniu medycznym. Tam chcemy zawrzeć wszystkie uniwersalne wymagania dotyczące jakichkolwiek czynności z obrazem – na czym oglądać, kto ma robić, jak minimalne sprawy techniczne zapewnić, ich jakość i nadzór nad wyposażeniem. To jest pierwszy nasz problem. Z tego powodu mamy niespójność wymagań – coś innego jest w jednym dokumencie, coś innego jest w drugim – mamy niejednolitość podejścia, bo troszeczkę czymś innym jest fizyk w radioterapii, która jest ogromnym działem i niezwykle ważnym działem, jeżeli chodzi o dawki, i fizyk medyczny, który powinien mieć ogromne umiejętności. Inny obszar wiedzy, inny obszar działania to jest obrazowanie medyczne. W Stanach Zjednoczonych jest pojęcie *Clinical Imaging Physics*. To jest zupełnie inny obszar działania, wiążący się z tamtym, ale tutaj mamy innych ludzi po prostu. Każdy zna się na swoim i należy robić swoje rzeczy. Ta niejednolitość podejścia również w tych 2 dokumentach się przejawia.

I wreszcie, mijanie się… Jeżeli zostawimy to w ten sposób, to będziemy się mijali z nowelizacjami poszczególnych dokumentów – ten znowelizowany będzie dawał inne wymagania, a tamten znowelizowany będzie dawał inne wymagania. W tej chwili na podstawie ustawy – Prawo atomowe mamy np. stację opisową i stację przeglądową, jeżeli chodzi o monitory. Nie wystarczy to, bo… Przepięknym kwiatkiem do kożucha jest wymaganie jednego z sanepidów – z Głównym Inspektoratem Sanitarnym sobie to omawialiśmy – żeby… Oni uznali monitor na ramieniu C na bloku operacyjnym za monitor opisowy. W związku z tym w zaleceniach sanepidu było, żeby na bloku operacyjnym przygasić oświetlenie, bo monitor opisowy powinien stać w ciemnym pomieszczeniu. Jak mnie o to zapytali – czasami docierają do mnie prośby o różne konsultacje – to zaleciłem im zatrudnianie ociemniałych chirurgów. To jest dowcip, ale tragiczny jest ten dowcip… Nieujednolicenie tych wymagań stanowi potężny problem. W tej chwili określone są wymagania dla stomatologii, mammografii i radiologii klasycznej. Zdjęcia, prześwietlenia w radiologii zabiegowej i diagnostycznej, w angiografii oraz tomografia komputerowa… Nie są określone wymagania dotyczące monitorów dla medycyny nuklearnej, która przecież też jest w ustawie – Prawo atomowe, dla ultrasonografii, rezonansu i wszystkich innych dziedzin. Obecnie mamy unikalny moment, bo jest nowelizacja ustawy – Prawo atomowe. Jeżeli nie postaramy się, żeby te dokumenty były spójne, żeby z prawa atomowego wyszły rzeczy niezwiązane z dawką i ochroną radiologiczną i nie przeszły do dokumentu związanego z obrazowaniem medycznym, to nie uda się jednolicie tego obrazowania ustawić i przez kolejne lata będziemy mieli dualizm i konflikt aktów prawnych.

Drugi problem: konieczność umocowania fizyków i inżynierów jako elementów koniecznych w całej przestrzeni obrazowania medycznego. To również w tych standardach chcemy umieścić. W części związanej z promieniowaniem są w dokumencie rangi ustawy… Jeżeli będzie to w dokumencie rangi rozporządzenia, to środowisko będzie miało problem, czy nie nastąpi obniżenie rangi fizyka medycznego. A zatem trzeba znaleźć złoty środek, tak żeby środowisko fizyków czuło się usatysfakcjonowane, a jednocześnie mogli pracować i tutaj, i tutaj. W jednolitym podejściu powinniśmy to zrobić, już nad tym pracujemy. Z panem prof. Malickim się spotykamy, trochę się kłócimy, ale próbujemy wspólne zdanie znaleźć. I na tym powinna cała zabawa polegać. Tu będzie potężny problem. I tu potężna prośba do państwa, żeby przy ostatecznym nadawaniu kształtu ustawie – Prawo atomowe nie uszkodzić tej ustawy i spowodować możliwość rzetelnego stworzenia wymagań dotyczących obrazowania medycznego. Wymagania dotyczące fizyków i inżynierów są określone w ustawie w przypadku radioterapii, częściowo medycyny nuklearnej i bardzo szczątkowo – praktycznie tylko testy specjalistyczne – w przypadku radiologii. Nie są określone dla żadnej innej dziedziny obrazowania.

I trzeci problem, kształcenie fizyków i inżynierów medycznych. Specjalizacja – tak, tylko że… Jeżeli chodzi o fizyków pracujących w radioterapii, to tam jest duży zespół. Tam musi być duży zespół, bo inaczej nie dadzą sobie rady w radioterapii. W dużym zespole można zgodzić się na to, żeby jeden czy dwóch fizyków poszło na staż, poszło na kurs. A w radiologii, gdzie, praktycznie rzecz biorąc, zdarza się jeden fizyk lub inżynier… Nikt nie zgodzi się na to, żeby ten jeden wybłagany i zatrudniony fizyk poszedł na staż i na szkolenia. A zatem trzeba stworzyć takie zasady, żeby było to możliwe.

Inna przestrzeń wiedzy, następna rzecz. Od lat jestem wykładowcą Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Specjalizacja lekarska daje możliwość bezpłatnych kursów w CMKP. Fizyk lub inżynier nie ma takiej możliwości. A zatem mamy potężny problem, jak tych ludzi kształcić, żeby im się to w ogóle opłacało. Tytułu fizyka medycznego w diagnostyce do niczego nie służy – ani do wyższych pieniędzy, ani do większego splendoru. Nie ma czegoś takiego. Tych ludzi tracimy, oni odchodzą z medycyny, bo nie widzą tam możliwości funkcjonowania. Tu jest potężny problem, w jaki sposób rozwiązać to i w jaki sposób zmienić wymagania, zmienić zasady szkolenia fizyków.

Co zawiera nasz projekt rozporządzenia? To na zakończenie, króciutko, ostatnie obrazki. Zawiera definicje pojęć związanych z obrazowaniem medycznym, wymagania ogólne dotyczące obrazów medycznych, określenie uprawnień do wykonywania procedur, wymagania dotyczące nadzoru nad wyposażeniem do obrazowania, wymagania dotyczące prezentacji i interpretacji obrazów, zasady nadzoru nad jakością i zarządzania ryzykiem oraz załączniki ze szczegółowymi standardami dla poszczególnych metod obrazowania. Po zakończeniu prac nad projektem, części ogólnej, planowane jest zaproszenie ekspertów delegowanych przez poszczególne towarzystwa naukowe do wypełnienia luk, wypełnienia życiem tych załączników, które poszczególnych metod obrazowania będą dotyczyły. Standardy pozwolą wprowadzić jako przepisy prawne konieczne normy dla obecnych i nowych technik obrazowania. Ta inicjatywa wyszła od 2 ludzi: od prof. Waleckiego, czyli konsultanta w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej, i od doktora Filipa, który, pracując z funduszem, widzi tę potrzebę. Zastosowane, po odpowiedniej modyfikacji dla poszczególnych metod obrazowania, sprawdzone wymagania dotyczące parametrów obrazu, jego przesyłania i archiwizacji… Dalej, standardy pozwolą udoskonalić – tu jest duży udział doktora Filipa – produkty kontraktowane przez płatnika, a świadczeniodawcom dać jasne wymagania do wypełnienia. Dzięki temu będzie można ułatwić kontrolę zasadności jakości badań właśnie poprzez schematy, proste schematy audytów klinicznych. Tak to zostało zrobione w Australii czy w innych państwach, które z tym sobie poradziły w prosty sposób, ustawiając pewne działania, które potem umożliwiają audyty. Dalej: pozwolą ułatwić wycenę świadczeń opieki zdrowotnej i porównania z cenami rynkowymi. To też jest, obrazowo mówiąc, kawałek dla funduszu.

W komisji, której szefem jest konsultant krajowy, od lat pracujemy nad stworzeniem systemu audytów klinicznych zewnętrznych. Od 2014 r. przekazywaliśmy propozycje, jak te audyty mają wyglądać w radiologii, wraz z oceną finansowych skutków tego, przekazywaliśmy całość dokumentacji co do tego, jak zaplanowane są działania pilotażowe, które chcieliśmy zrobić w 4 województwach. Chcieliśmy zorientować się, jak to będzie funkcjonowało potem, kiedy już zaczniemy funkcjonować pełną parą. Audyty kliniczne są warunkiem sine qua non funkcjonowania radiologii zgodnie z unijnymi dokumentami.

Komisja do spraw procedur opracowała również bardzo wiele procedur wzorcowych. Państwo się pewnie zetknęliście z tym dokumentem. 3 tysiące stron… Bodajże w 2007 r. było opracowane rozporządzenie – nie braliśmy w tym udziału – o kształcie procedur wzorcowych i procedur roboczych. Wypełniając to rozporządzenie, musieliśmy zrobić tak a nie inaczej. W związku z tym dokument jest ogromny. Pierwsze procedury wzorcowe przekazaliśmy do ministerstwa w 2010 r. i od tamtego czasu nie były nowelizowane. Mamy przygotowaną nowelizację, szczególnie w obszarze zabiegów kardiologicznych. Od lat ona czeka na wpuszczenie w ten obszar. Dziękuję pięknie, to tyle.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Bardzo dziękuję.

Czy jeszcze ktoś z gości chciałby zabrać głos, z projekcją?

Pan profesor, bardzo proszę. Ja tylko przypomnę, że nasze posiedzenie jest nagrywane i będzie można potem je sobie odtworzyć. Znajdziemy je pod odpowiednią datą.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Jerzy Walecki:

Ja bardzo krótko i bez projekcji. Proszę państwa, ja chciałbym, jeżeli państwo pozwolicie – nie wszyscy na sali są fizykami i nie wszyscy państwo tak do końca śledzili merytorycznie to wszystko, co chcieliśmy powiedzieć – przypomnieć państwu, że w medycynie tam, gdzie mamy do czynienia z różnymi fizycznymi zjawiskami, które mogą przy nieostrożnym użyciu, np. nadmiernych dawkach, jakimś nieroztropnym wykorzystywaniu wywołać u pacjentów różne niepożądane skutki… Mówiliśmy tutaj o indukcji nowotworów poprzez promieniowanie rentgenowskie. Tak jak to było w wypadku mammografii, o czym pani wspominała, tak jak to jest, co od dawna wiemy, w diagnostyce kostnej… Guzy kości często są indukowane nieostrożnym obchodzeniem się z tymi technikami, nadmiernymi dawkami. Chciałbym powiedzieć, że kilka dni temu skończył się duży kongres europejski w Wiedniu. Mniej więcej 1/3 czasu była poświęcona wspomaganiu diagnostyki, kwestii obniżania dawek i rozważaniom, na ile obniżenie dawki czy stosowanie bardziej ostrożnych procedur w sensie diagnostyki – szczególnie tam, gdzie mamy promieniowanie jonizujące – wpływa na jakość badania i w jaki sposób to obniżenie dawki może wpłynąć negatywnie na diagnostykę. Jest to temat gorący. To, że rozmawiamy dzisiaj o audytach czy też o procedurach, o których zresztą rozmawialiśmy w ministerstwie nie raz… To wszystko idzie w dobrym kierunku, jesteśmy bardzo – my, a chodzi o komisję – zadowoleni

ze współpracy z państwem, którzy to potem oceniacie. Chciałbym jednak powiedzieć, że to nie są nasze pomysły, powiedziałbym, takie trochę zbyt wydumane. No, jest to istota w ogóle działania medycznego, istota przede wszystkim zapewnienia chorym bezpieczeństwa. To, że w Stanach Zjednoczonych już 27 lat temu pojawiły się dokumenty, w których bardzo silnie zwracano uwagę na szkodliwość promieniowania jonizującego i na odpowiednie regulacje związane z jego stosowaniem, wynika m.in. z roszczeń pacjentów, z tego, że w różnych obszarach diagnostyki, w których stosuje się takie czy inne formy promieniowania, pojawiają się bardzo poważne odszkodowania, bardzo poważne procesy.

Podsumowując moją wypowiedź, chcę stwierdzić, że to nie jest temat nadmiernie przez nas – przepraszam za kolokwializm – rozdęty, nakręcony…

(*Głos z sali*: Eskalowany.)

…czy eskalowany. Jest to po prostu jeden z bardziej istotnych problemów radiologii klinicznej, diagnostyki klinicznej czy kliniki w ogóle, problem dziesiątków różnych absurdów, które się koło radiologii, w sensie używania sprzętu, kręcą – od kwestii niepotrzebnych badań, zbyt dużych dawek, do używania technik, które nijak się mają do potrzeb klinicznych. Często drobne schorzenie traktowane jest dużą techniką, która obciąża pacjenta itd. Sprawa monitorów, o których wspomniał inżynier Ryszard… W tle tego wszystkiego – i to jest puenta mojej wypowiedzi – są audyty. Już nawet nie procedury, bo procedury, które są nadmiernie rozbudowane i które, jak mam nadzieję, będziemy niebawem korygować, to jest jedna sprawa, a stworzenie standardów, które są potrzebne chociażby do ustalenia precyzyjnych dawek i pewnych metod, którymi możemy te dawki obniżyć, to jest druga sprawa. Audyty to jest ten obszar, dzięki któremu możemy zapanować nad właściwym stosowaniem metod, odpowiednich doborów, odpowiednich dawek i bardzo wielu elementów, które wchodzą, że tak powiem, w skład tej procedury, której na imię: audyt zewnętrzny. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Profesorze.
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Tak, bardzo proszę.

Członek Komisji Rewizyjnej w Polskim Towarzystwie Inżynierii Biomedycznej Kazimierz Pęczalski:

Chciałbym się wypowiedzieć w imieniu inżynierów medycznych. Nie wiem, czy wszyscy państwo wiedzą, ale te 2 pojęcia, które u nas mamy – inżynier medyczny, inżynier kliniczny – są… Na świecie to jest jednoznaczne z inżynierem klinicznym. U nas akurat nazwano to: inżynier medyczny. Tak jest i zdaje się, że będzie dalej przyjęte… Ale należy sobie zdawać sprawę, że inżynier medyczny to jest ten inżynier, który ma również szkolenie w działaniu klinicznym. To jest pierwsza sprawa.

Jeżeli chodzi o to, co mówili koledzy… To było bardziej od strony fizyki, chociaż rzeczywiście był ukłon w stronę inżynierów medycznych, ponieważ wszędzie było zaznaczone, że są to funkcje i dla fizyków medycznych, i dla inżynierów medycznych.

(*Głos z sali*: Tak.)

My jako inżynierowie medyczni cały czas borykamy się z brakiem umocowania nas w strukturze ochrony zdrowia. I dlatego właśnie, tak jak tutaj powiedział bardzo słusznie pan inżynier, pan magister inżynier Kowski…

(*Pierwszy Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Inżynierii Klinicznej Ryszard Kowski*: Fizyk medyczny.)

Fizyk, ale i magister inżynier. …Tracimy bardzo dużo ludzi. Mamy w Polsce dobre kilka tysięcy wykształconych inżynierów biomedycznych, którzy są również wykształceni w tym zakresie – część z nich uczy właśnie pan magister inżynier Kowski i inni koledzy – ale oni praktycznie nie są wykorzystani i uciekają do innych zawodów. Na szczęście nie mają problemów ze zdobyciem pracy, ponieważ są dobrze wyszkoleni, ale po prostu… Oni zmieniają branżę i my ich tracimy. I dopóki nie stworzymy im, tak jak pan Kowski zaznaczył, możliwości szkolenia, chyba na początek bezpłatnego, w zakresie specjalizacji, dopóki nie stworzymy dla nich jakichś stanowisk w modelu naszej ochrony zdrowia, dopóty te sprawy będą kuleć. A jeżeli uda nam się to zrobić, to… Myślę, że na razie pracy jest dosyć i dla fizyków medycznych, i dla inżynierów medycznych.

(*Głos z sali*: Oczywiście.)

I tutaj na pewno nie będzie żadnego konfliktu interesów. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.
Pan profesor Malicki. Bardzo proszę.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Fizyki Medycznej Julian Malicki:

Proszę państwa, po pierwsze, wypada mi skomplementować wypowiedzi pani Elżbiety Pater i pana Ryszarda Kowskiego, ale i ich długoletnią działalność w zakresie diagnostyki medycznej, kontroli jakości i testowania aparatury. Z szacunkiem obserwuję to, co państwo robicie.

Rolą konsultanta krajowego jest też nadzór specjalistyczny. Ponieważ ciąży nade mną widmo radioterapii, ja nie uzurpuję sobie prawa do wchodzenia w szczegóły wiedzy, którą państwo macie. Można powiedzieć tak. Odkąd zostałem konsultantem krajowym i zaprosiłem pana Ryszarda Kowskiego do zespołu opracowującego zmiany w programie specjalizacji… Zaprosiłem pana Ryszarda na spotkania zespołu konsultanta krajowego, w których uczestniczy regularnie. Regularnie rozmawiamy i kolegów, którzy zajmują się diagnostyką medyczną, staram się wciągać do bieżących prac, które, powiedziałbym, w sposób urzędowy, z racji swojej funkcji, nadzoruję. Zaproponowałem kolegom rozwiązanie w postaci przejścia szybkiej ścieżki

w zakresie specjalizacji, w przypadku tych, którzy mają odpowiednie kwalifikacje i długoletni staż pracy. Tak że wiele ruchów doceniających państwa zaangażowanie zrobiłem.

Mówimy o fizykach medycznych. Są to osoby, które skończyły kierunek „fizyka" na uniwersytetach bądź politechnikach, a więc kierunek, który ma jeżeli nie dziesiątki, to setki lat tradycji. Fizyk, który posiada wykształcenie przeddyplomowe, no bo tak je nazywamy do studiów magisterskich, i w radioterapii, i w diagnostyce, odbiera w tym zakresie przeddyplomowym podobne wykształcenie. Ścieżka zawodowa jest potem oczywiście inna, ale to wykształcenie przeddyplomowe jest praktycznie takie samo.

Ja mogę powiedzieć tak. Oczywiście w pełni popieram działalność w zakresie audytów klinicznych w diagnostyce radiologicznej. Znam te wszystkie dokumenty. Jak państwo pewnie wiecie, byłem współautorem rekomendacji Komisji Europejskiej dotyczącej audytów klinicznych w radioterapii. Druga część… Koledzy z diagnostyki medycznej w tym samym czasie opracowywali regulacje dotyczące audytów klinicznych w diagnostyce radiologicznej. No trudno tego nie popierać; to wszystko, co państwo mówiliście, jest jak najbardziej zasadne. A więc myślę, że co do istoty sprawy i meritum nie ma tutaj żadnych wątpliwości.

Zgadzam się, że są pewne problemy, które ja może widzę inaczej, dotyczące tego, że dużą część tej działalności, również diagnostyki obrazowej, reguluje ustawa – Prawo atomowe, a nie wszystkie metody diagnostyki obrazowej są związane z promieniowaniem jonizującym. Tak, dostrzegam to. W innych metodach obrazowania i w radioterapii tego nie ma, no bo tam jest po prostu promieniowanie jonizujące i ten akt prawny, jakim jest prawo atomowe, stanowi dobre źródło wyjścia do ewentualnych dalszych regulacji.

Wiedząc o temacie tego spotkania i znając ten projekt – pan Ryszard mi go przekazał – zaproponowałem takie zapisy rozporządzenia dotyczące fizyków medycznych, aby nie zaburzały one regulacji, która jest w ustawie o prawie atomowym. Zaproponowałem, żeby fizyk medyczny w tych dziedzinach, w których jest wykorzystywane promieniowanie jonizujące, odnosił się do regulacji w zakresie prawa atomowego, natomiast fizyk medyczny, który działa w dziedzinach obrazowania, w których nie występuje promieniowanie jonizujące, był uregulowany podobnie… Zostawiłem to do dyskusji, proponując podobny zapis.

Chciałbym powiedzieć, że w czasie długich spotkań dotyczących… Przecież nowelizacja ustawy – Prawo atomowe trwała latami i trwa nadal. Wypracowaliśmy pewien kompromis, który dla fizyków medycznych pracujących w metodach diagnostyki obrazowej zakłada 2 ścieżki, alternatywne: albo… No, można też powiedzieć „lub", bo można mieć i to, i to. Prawda? Jedną ścieżką jest ukończenie specjalizacji bądź ukończenie jednego z modułów specjalizacji, a drugą – odbycie odpowiedniego, określonego szkolenia pod nadzorem CMKP. Tak że te 2 ścieżki… One jednak nie są alternatywne, no bo można iść i tą, i tą, ale można też iść albo tą, albo tą. Uważam, że ten model jest dobry, dlatego że tym kolegom i koleżankom, którzy chcą trochę bardziej się kształcić w zawodzie, umożliwia ścieżkę specjalizacyjną. Rozumiem też to, że w małych ośrodkach…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

…trzeba wspomóc osoby, które skończą studia w zakresie fizyki i nie będą mieć szans na przejście całego procesu specjalizacji, tak żeby one również w tym zawodzie zostały docenione, a przede wszystkim rozpoznane. Bo docenienie to jest, powiedzmy, słowne, a rozpoznanie jest formalne. Tak ja uważam.

Jak zwykle wszystko dotyczy szczegółów, szczegółowych zapisów. Zapis, który jest w obecnej ustawie, w projekcie ustawy – Prawo atomowe uzgadnialiśmy miesiącami. Wydaje się, że on stanowi jakiś rozsądny kompromis między konsultantami krajowymi wszystkich dziedzin i ja bym go adaptował do potrzeb tego rozporządzenia w tym zakresie, który nie dotyczy promieniowania jonizującego, dlatego że on zakłada różne ścieżki.

To tyle z mojej strony. Jeszcze raz podkreślę, że popieram tę regulację. Myślę, że sprawa jest bardzo ważna. To wszystko, co państwo powiedzieliście, obrazowanie w medycynie, jest bardzo ważne i nie dotyczy tylko dawki promieniowania jonizującego. Ale nie możemy tracić z oczu tego, że w wielu tych metodach jednak jest promieniowanie jonizujące, które jest szczególnie uregulowane. Dlatego, popierając to rozporządzenie, uważam, że powinno się zachować wszystko to, co wynegocjowaliśmy, mówiąc trochę zbyt dobitnie, w zakresie ustawy – Prawo atomowe i tego nie ruszać. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.
Teraz poprosimy o głos pana ministra Zbigniewa Króla.
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
Proszę?
(*Wypowiedź poza mikrofonem*)
No, to już z obowiązku, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Pani Przewodnicząca! Panie Senator! Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo!

Dziękuję za te wypowiedzi obu panu profesorów. Doceniając jak najbardziej inicjatywę i zaangażowanie oraz efekty pracy dotychczasowej, oczywiście nie można się nie zgodzić z sugestiami, które tutaj padały. Dziękuję za ten ostatni głos, bo legislacja ma to do siebie, że jest przygotowywana w formie pewnego rodzaju negocjacji i konsensusów, a to przywołanie tych długich negocjacji na pewno pomoże w przygotowaniu rozporządzenia… My dopiero co zakończyliśmy w ministerstwie pewnego rodzaju perturbacje dotyczące przydziałów kompetencji. W związku z tym wczoraj wieczorem dowiedziałem się, że będę miał zaszczyt u państwa gościć i wysłuchać tych rozważań. Ale jeśli chodzi o aspekt, o którym dzisiaj rozmawiamy, to spotkaliśmy się z prof. Waleckim ładnych parę miesięcy temu i na temat dotyczący procedur wzorcowych, a w zasadzie tej liczby stron, która jest po prostu nieczytelna dla zarządzających zakładami opieki zdrowotnej, podyskutowaliśmy chwilę, nawet dość intensywnie.

Proszę państwa, ja nie widziałem tego rozporządzenia. Poczekamy na ten projekt. Na pewno wypowiemy się w tym duchu, że wszystko, co ma porządkować system opieki zdrowotnej w Polsce, będzie wspierane. Absolutnie ta dziedzina na pewno również tego wymaga, podobnie jak wiele innych dziedzin nie tylko związanych z diagnozowaniem, z obrazowaniem czy ze stosowaniem promieni jonizujących. Tak że te elementy z rozporządzenia prześledzimy z dużym zainteresowaniem.

Na pewno przed nami temat dotyczący procedur, bo to po prostu jest i wymóg środowiska… Tutaj trochę mi brakuje menadżerów opieki zdrowotnej. Ja nie chcę sam występować jako były dyrektor szpitala, który właśnie te ponad 3 tysiące stron z dużą uwagą musiał przerobić, też kosztem prowadzenia działalności. I tutaj to również musimy uwzględnić. Stąd też nie mam pomysłu, w jaki sposób ustawą czy rozporządzeniem wskazać kolejne stanowiska pracy w systemie, który, co wszyscy wiemy na podstawie ostatnich kilkunastu miesięcy, finansowo jest niewydolny. Tak? I to na pewno wymaga również negocjowania pozycji nie tylko fizyków, ale i techników zajmujących się tym aspektem. To na pewno jest przed nami. Na tym spotkaniu absolutnie nie kończymy jakichkolwiek rozważań czy dyskusji.

Do zawodów medycznych też jest otwarta droga. Tak? Państwo przywołują inne zawody, więc pewnie wiecie, w jaki sposób ta procedura jest stosowana. Droga nie jest łatwa, co też od razu, na początku, musimy sobie uzmysłowić. Niemniej jednak sytuacja takiego, nie chcę powiedzieć, rynku zdrowotnego… Ale jeżeli jest potrzeba właśnie nadzoru prowadzonego przez inżyniera fizyka, to ten aspekt też musi się pojawić. Tak? Temu też będziemy się przyglądać.

Dodatkowym elementem… Przepraszam, transport publiczny powoduje to, że po prostu nie mogę wyjść z przeziębienia. Ale staram się korzystać z tego środka lokomocji, żeby wiedzieć, o czym mówię.

Jednym z elementów, które się przewijały, są standardy medyczne przygotowywane przez towarzystwa naukowe. Stanowią one pewnego rodzaju rękojmię poprawy funkcjonowania różnych aspektów medycznych. Standardy te oceniane są przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W momencie ich zaakceptowania czy przyjęcia właśnie tych dowodów naukowych i tych rekomendacji, które są w standardach opracowanych przez towarzystwa, de facto minister ma tylko możliwość ich odrzucenia z uzasadnieniem lub też przyjęcia. Tak że tę drogę też bym państwu tutaj wskazał. W tej chwili agencja opracowuje coś w rodzaju wytycznych do przygotowania tych standardów. One powinny być gotowe w maju. W związku z tym warto przyjrzeć się, w jaki sposób wykorzystać tę ścieżkę do opracowywania standardów.

Niemniej jednak dążymy do pewnego upraszczania systemu. Chciałbym też podkreślić, że jeśli w standardach czy w procedurach, które są przygotowywane szczególnie dla szpitali, ale również dla jednostek lecznictwa ambulatoryjnego jest zbyt dużo wymagań… To często, że tak powiem, dotyczy naszego systemu. Po prostu gwoli czasami wyimaginowanego, a czasami nie podniesienia jakości tych świadczeń czy bezpieczeństwa pacjenta przygotowujemy standardy, których potem nie jesteśmy w stanie zrealizować. I to jest jeden z elementów, na które agencja będzie, że tak powiem, bardzo wnikliwe patrzyła. Chodzi o to, czy w aspekcie wpływu na budżet państwa utrzymanie określonej rekomendacji w tym standardzie jest możliwe do spełnienia. Jeżeli nie mamy osób wykonujących dany zawód medyczny, to w standardach nie możemy umieszczać – co się często dzieje w specjalnościach medycznych – konieczności czy wymogu dla szpitala prowadzenia takiej działalności. No, te kwestie są przed nami. Pan profesor mówił tutaj o różnych absurdach. To jest właśnie jeden z tych obszarów, które chciałbym państwu przekazać – mówię o inżynierach, którzy zdecydowanie w tych procedurach są lepsi niż medycy i na pewno tego typu elementy rozumieją. Wpływ na budżet płatnika, budżet państwa, jest jedną z tych analiz ekonomicznych, które są bardzo oceniane przez agencję. I to też są, że tak powiem, tematy do debat, również z konsultantami krajowymi. Dziękuję bardzo.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Tak.

Pierwszy Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Inżynierii Klinicznej Ryszard Kowski:

Chciałbym odpowiedzieć panu ministrowi, że doskonale to rozumiemy. Przez tyle lat pracowaliśmy nad tym nieprzytomnie wielkim dokumentem, jakim są procedury, i od dawna szykujemy się do odchudzenia tego wszystkiego. Chodzi o to, żeby właśnie bardzo to uprościć. Ten dokument, to rozporządzenie, o którym mówię, ma mieć najwyżej kilkanaście stron. Będzie pokazywać absolutne minimum, które trzeba spełnić, a jednocześnie ułatwiać życie w poszczególnych jednostkach, bo wbrew pozorom wymagania dotyczące monitorów dzięki tym regulacjom, które przyjmujemy z funkcjonujących w tej chwili norm, będą łagodziły niektóre wymagania.

Tak że doskonale sobie z tego zdajemy sprawę. Poza tym istnienie kogoś takiego jak inżynier zdecydowanie zmniejsza koszty funkcjonowania jednostki. I to jest dopiero ten zysk, który chcemy osiągnąć.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Jerzy Walecki:

W pierwszej części mojej wypowiedzi chciałbym potwierdzić to, o czym wspomniał Ryszard – że my jesteśmy gotowi do zdecydowanej redukcji tego tekstu. Przypominam, że za czasów pana ministra Religi dostaliśmy gotowy szablon, jak mamy budować te procedury. Zgadzam się z panem, po paru latach byliśmy przerażeni, bo to jest olbrzymie dzieło, w ogóle nie do przeczytania. Żaden użytkownik wszystkiego tego do końca nie pojmie. Ale to jest już oczywiste i tylko czekamy na hasło.

Ja mam taką prośbę do pana ministra. Ja nie wiem, na jakim poziomie czy w czyim obszarze kompetencji znajduje się próba przekonania agencji technologii, że w pewnych bardzo trudnych i wąskich obszarach trzeba jednak korzystać z doświadczenia fizyków inżynierów i lekarzy radiologów.

Panie Ministrze, pan jest lekarzem i pan wie, że bardzo często w każdej specjalności brak zrozumienia dla pewnej finezji i tego, w jaki sposób leczymy i jak diagnozujemy, może mieć fatalne skutki. Błąd lekarski, brak dobrej praktyki jest olbrzymim zagrożeniem, takim samym jak biologia i choroby. Ja to wiem. I właśnie fakt, że agencja po prostu nawet nie konsultuje z nikim… Bo ja sobie zadałem ten trud. Wie pan, próbowałem zrozumieć, czy taki sprzęt czy inny, czy takie parametry… Już nie mówię o jakiś marketingowych sprawach, tylko o parametrach, czyli możliwościach aparatu. Nikt tam o to tak naprawdę… Uważam, że na to się powinno zwrócić uwagę. A formalnie nazwę to w ten sposób: moim zdaniem powinno się częściej sięgać do ekspertów z całego kraju, dobieranych wedle uznania urzędników agencji, ale jednak ludzi mających wykształcenie fizyczne, inżynierów medycznych i lekarzy radiologów, jeśli chodzi o aplikację. To jest rzecz, która moim zdaniem jest bardzo bolesna i którą ewidentnie trzeba chyba zasygnalizować. Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Cały czas się zgadzamy. Tak? Bo to jest ten kierunek. Tylko tutaj pan profesor mówi o taryfikacji. Tak?

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Jerzy Walecki*: Tak.)

To znaczy… Ja mówię o tej części dotyczącej oceny technologii medycznej.

(*Konsultant Krajowy w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Jerzy Walecki*: Ja nie mówię o taryfikacji, ja też mówię o ocenie technologii. Chodzi o to, że…)

Oceny technologii medycznej jeszcze nie było w tym aspekcie. My w tej chwili w zasadzie kończymy projekt dotyczący HTA w szpitalach. I ten element musi być oparty… Bo HTA w szpitalach dotyczy sprzętu medycznego, a szczególnie takiego, który jest drogi…

(*Głos z sali*: Wysokospecjalistyczny.)

Tak. I to musi być oparte właśnie na inżynierach medycznych. To jest taka rzecz, że…

(*Głos z sali*: Na ekspertach, tak.)

Ten projekt ruszy. Będą normalne szkolenia. To będzie coś w rodzaju takich bezpłatnych studiów, bo to będzie w ramach projektu unijnego. I myślę, że powinno… Nie wiem, czy przed wakacjami uda się z tym ruszyć, ale zdaje się i Warszawski Uniwersytet Medyczny, i chyba uniwersytet z Krakowa czy z Poznania – już nie pamiętam… Któryś z uniwersytetów współpracujących z agencją.

A my zmieniamy te procedury. W tej chwili też jest… Mówię o agencji. W tej chwili też jest dość intensywna debata na temat taryfikacji, bo po prostu mamy ogromne kłopoty z pozyskiwaniem danych kosztowych. W zasadzie to jest taka pętla, której od ponad roku nie można rozwiązać. Tak że pewnie będziemy musieli zastosować inne mechanizmy poszukiwania tych danych.

(*Głos z sali*: Jesteśmy otwarci. Możemy.)

A co do tej ekspertyzy to jeżeli tylko będzie temat związany z użyciem jakiegoś sprzętu obrazowego, to oczywiście będziecie państwo zaproszeni.

(*Głos z sali*: Proszę…)

Jeszcze dzisiaj przekażę tę sugestię prezesowi agencji.

(*Głos z sali*: Dziękuję bardzo.)

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.

Panie Profesorze, prosimy wyłączyć…

(*Głos z sali*: Już.)

Chyba że chce pan zabrać głos. To proszę bardzo.

Proszę państwa senatorów, jeżeli mają jakieś pytania do naszych gości lub do ministra.

Bardzo proszę, pani senator Orzechowska.

Senator Bogusława Orzechowska:

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja wypowiem się w 2 kwestiach. Rola fizyki w medycynie jest nie do przecenienia, nie ma medycy bez fizyki – nie ma co się oszukiwać.

Ja tak z własnego podwórka… Moja córka skończyła fizykę medyczną na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu i po uzyskaniu tytułu magistra dowiedziała się, że jako fizyk medyczny nie może pracować, tylko musi się dalej kształcić. Część kolegów znalazła zatrudnienie jako pracownicy naukowi. Tam zostały 2 osoby. Akurat 9 osób skończyło ten wydział. Część się przekwalifikowała, a część wyjechała za granicę, m.in. ona. Znalazła pracę w Szwecji, gdzie pracuje jako fizyk medyczny.

Musimy zastanowić się, jak to zrobić, żeby tych świetnie wykształconych młodych ludzi u nas zatrzymać, bo oni są nam potrzebni do pracy, a nie gdzieś tam, w Szwecji, w jakiejś Eskilstunie, której nazwy się nawet nie da powtórzyć. To jest jedna rzecz.

Druga rzecz, która też wynika z mojej praktyki. Co jakiś czas są telefony od jakichś firm krzaków, jak ja je nazywam, które oferują nam różnego rodzaju badania – a to jakieś prześwietlenie kręgosłupa, a to jakąś tomografię czy coś innego. Ja pierwsze, co robię, to ich dokładnie przepytuję i oni się rozłączają. A więc też trzeba zastanowić się, jak to zatrzymać. To tyle.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Konsultant Krajowy w dziedzinie Fizyki Medycznej Julian Malicki:

Bardzo dziękuję, Pani Senator, za tę wypowiedź. Ta pierwsza część, jak pan prof. Walecki powiedział, to jest to, o czym ja od dłuższego czasu mówię. Ale musimy pamiętać, że w zawodach medycznych szkolenie odbywa się na etapie przeddyplomowym i podyplomowym. Szkolenie

przeddyplomowe odbywa się na uczelniach wyższych, najczęściej bez komponentu klinicznego, a jak on jest, to jest nieuregulowany. I zauważmy, co się stało. Otóż ileś lat temu Polska, przystępując do procesu bolońskiego, zderegulowała szkolenie przeddyplomowe na większości kierunków, z wyjątkiem tych, w przypadku których minister właściwy do spraw zdrowia ma kompetencje. Czyli, mimo że fizycy medyczni pracują w ochronie zdrowia, do pewnego stopnia podobnie jak elektroradiolodzy, to szkolenie przeddyplomowe jest całkowicie zderegulowane i każda uczelnia, która ma prawo nadawania stopnia doktora habilitowanego, może dowolnie określić standardy kształcenia. To oznacza, że jeżeli wypełnimy to dowolnymi treściami, to właściwie nie ma nad tym żadnej kontroli. Minister właściwy do spraw zdrowia nie ma kompetencji do wydania standardów kształcenia.

Od dłuższego czasu – jeszcze zanim zostałem konsultantem krajowym – zabiegam o to, aby dla tych 2 zawodów, które obracają się w szczególnie trudnej sferze, bo ona jest jeszcze związana z promieniowaniem jonizującym… Chodzi o to, żeby umożliwić im regulacje na poziomie ustawy. Nie mówię nawet o osobnej ustawie, ale takiej, która dałaby kompetencje nie tylko do uregulowania kształcenia podyplomowego, bo to w tej chwili jest, taka ustawa jest, ale również do uregulowania kształcenia przeddyplomowego. Chodzi o to, aby nie było wątpliwości, że kiedy gdzieś na jakiejś uczelni, która nie podlega… Właściwie żadna uczelnia nie podlega w tej chwili w tym zakresie kontroli. To znaczy, jeżeli stworzy się kierunek, który wypełni się dowolnymi treściami i któremu da się nazwę… Bo nazwa kierunku „fizyka medyczna", mimo że ładnie brzmi, nie musi się wiązać ze zdobyciem określonego wykształcenia, ponieważ to nie jest w żaden sposób uregulowane.

Oczywiście istnieje pytanie: czy jest taka obawa? Jak na razie ten kierunek nie jest szczególnie oblegany, więc jakichś zakusów na to, żeby go wypełnić dowolną treścią, nie ma, ale niestety takie niebezpieczeństwo jest. I bez uregulowania również kształcenia przeddyplomowego i powiedzenia, co jest komponentem tego wykształcenia… Potem ewentualnie pojawi się w procesie kształcenia podyplomowego możliwość zaliczania pewnych treści. Na razie tego nie mamy. A więc stąd mój apel.

Pan minister zdrowia jakiś czas temu powołał taki zespół, zresztą na mój wniosek o wypracowanie regulacji ustawowej dla obu tych zawodów. Przyznaję, że, jak wiele różnych rzeczy, to się toczy, ale toczy się wolno. Tego jednak nie unikniemy. Nie unikniemy również odniesienia się do kształcenia przeddyplomowego.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Proszę, Panie Profesorze.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Jerzy Walecki:

Ja chciałbym odpowiedzieć pani senator.

Przepraszam, ja nie jestem w stanie siedzieć przodem, bo tu mam mikrofon.

Ja chciałbym powiedzieć, że pani uwaga i pytanie, jak zachować się wobec firm krzaków, wpisuje się niesłychanie w to, o czym dzisiaj rozmawiamy. I bardzo dziękuję poniekąd za poruszenie tej kwestii.

Proszę państwa, powiedziałbym, to nasza – czytaj: ludzi odpowiadających za radiologię w kraju – wręcz obsesyjna obawa, że raz na jakiś czas różni posiadacze sprzętu zupełnie bez sensu, nie wiadomo jakiego, skąd i czy spełniającego jakiekolwiek warunki, będą oferowali, zazwyczaj za duże pieniądze, różne procedury, czyli bądź mammografię, bądź badania kręgosłupa, pod hasłem: diagnozujemy i leczymy ból itd., itd. Jest to niesłychane zagrożenie. I to nie jest tak naprawdę zagrożenie finansowe, bo to, czy stracimy te 50 zł, czy nie, udając się na to badanie, to jest tylko jakaś część problemu. Jest to zagrożenie biologiczne. Jest to zagrożenie dla człowieka chorego, który trafia do nieodpowiedzialnego biznesmena – bo nie jest to już medyk, jest to biznesmen – a ten po prostu za wszelką cenę, byle czym, tym, co posiada i co w sensie oceny sprawia wrażenie sprzętu, może to badanie przeprowadzić. I chodzi o to, że większość nieszczęść w sensie tych niedoprecyzowanych czy źle zdiagnozowanych przypadków to są przypadki, kiedy używany jest niewłaściwy, niesprawny, niespełniający warunków sprzęt. I nasze próby zakończenia, oczywiście w bardziej właściwym kształcie, chociażby tematu procedur sprowadzają się do tego, że musi istnieć jakiś standard i pewne ramy formalne. Bo ktoś, kto nagle wszedł w posiadanie kiepskiego tomografu, zupełnie nic niewartego rezonansu magnetycznego czy mammografu… Ten ostatni jest największym zagrożeniem, bo przecież to jest nieszczęście… Mammograf, który nie jest diagnostyczny, to po prostu skazanie kobiety na przeoczenie zmiany. Ten interwał jest roczny, a w przypadku badania po roku gdzieś indziej to już w zasadzie są przypadki zaawansowane onkologicznie.

Czyli podsumowując: w tym obszarze musi być bardzo uporządkowana sprawa odpowiedniego sprzętu do diagnozowania patologii. A jeżeli sprzęt, to sprzęt wystandaryzowany i określony przez nas, lekarzy fizyków, przez zespół zajmujący się tym, jako sprzęt, który się nadaje i odpowiada potrzebom klinicznym.

Na zakończenie podam przykład. Tu padały przykłady różnych szpitali. Ja nie powiem, bo nie mam takiego zwyczaju, o jaki szpital chodzi. W każdym razie chodzi o prywatny podmiot, który ma dwurzędowy tomograf komputerowy. Proszę państwa, to jest aparat gdzieś z późnych lat samochodu Polonez. To jest już niesłychanie stary system. I właściciele tego niepublicznego ZOZ od kilku lat oferują badania serca. Czyli poza sercem jako fragmentem mięśnia, który jeszcze w dodatku wciąż jest w ruchu, co powoduje artefakty, poza tym cieniem tkankowym nie widać nic. I wyobraźcie sobie, że są setki ludzi, którzy po zbadaniu tym aparatem mają doskonałe samopoczucie, że wszystko jest okej, a są w ogóle niezdiagnozowani. To drastyczny przykład tego, że jest to olbrzymie niebezpieczeństwo, które my, ludzie odpowiedzialni za radiologię czy diagnostykę obrazową, widzimy. Ten sprzęt mają w ręku ludzie, którzy… No, to niebezpieczeństwo polega na tym, że ci chorzy są niedobadani, niezbadani, a jednocześnie przekonani, że zostali zdiagnozowani. To chciałbym właśnie zasygnalizować jako duży problem.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z senatorów chciałby jeszcze zadać pytanie?

Jeśli nie, to ja mam pytania do pana ministra, a właściwie też uwagi po całej tej dyskusji, którą tutaj prowadzimy.

To, o czym przed chwilą pan profesor powiedział, co z kolei obserwuję w swojej praktyce i nad czym też nie ma kontroli – wielu lekarzy ginekologów, endokrynologów, internistów wykonuje badania USG. Niektórzy się przyłożyli do tego i mają jakieś szkolenia. Widzę to po tym, że swoje badanie poprą opisem, pod którym się podpiszą. A więc jeżeli już lekarz się podpisze pod tym badaniem np. USG jamy brzusznej, to wiadomo, że ewentualnie bierze odpowiedzialność za niedoczytanie czegoś czy niedowidzenie. Ale bardzo często przychodzą do mnie pacjentki i mówią: „Miałam wykonane USG piersi, a lekarz mówił, że jeszcze jest potrzebna mammografia". Ja mówię: „Proszę mi pokazać USG". Przynosi mi kawałeczek filmu z USG. Ja się na tym trochę znam, ale nie muszę i nie chcę się znać, bo od tego mam radiologów, ja jestem onkologiem klinicznym. Bądź też pytam pacjenta, który ma objawy: „Kiedy było badanie USG jamy brzusznej?". „A miałem zrobione w przychodni". „Kiedy?". „A w zeszłym miesiącu". „Proszę o wynik". „Pani doktor zapisała w karcie". To jest nagminne.

Ale tutaj, Panie Ministrze, zwracam uwagę na to, że lekarze, zwłaszcza specjaliści, rozliczają to sobie potem wysoko w poradach, w procedurach. Jest to wizyta nie za 3 punkty, tylko za 7 punktów, bo jest wykonane USG. USG, które jest nic nie warte, nieopisane, nie ma śladu po nim w dokumentacji lekarskiej. A więc jest to problem.

Cieszę się, że padło z ust pana ministra stwierdzenie, że trzeba tak wystandaryzować, żeby te standardy nie były niemożliwe do spełnienia.

Ja bym bardzo chciała mieć stały kontakt z fizykiem medycznym, o ile będę miała zapewnienie chociażby w wycenie procedury, konkretnie – to już z mojego ogródka – zdjęcia mammograficznego. Chodzi o to, żeby było też odzwierciedlenie kosztów, które muszę ponieść na te audyty, na serwisy. To kiedyś było 250 zł za godzinę, dzisiaj, jak przyjeżdża ktoś z serwisu, to jest kilka tysięcy. To jest 2 razy tyle, ile ja miesięcznie wydaję na 2 pielęgniarki. Takie są koszty.

I żeby uwzględnić tę nowelizację i to wszystko, co jest konieczne w wycenie procedur medycznych. My i z tymi kosztami w służbie zdrowia musimy się liczyć.

O tym, że mamy bardzo dużo wyszkolonych lekarzy, już pan profesor powiedział. Ale tak naprawdę ilu nam dzisiaj brakuje fizyków medycznych? To już może do państwa specjalistów: ile nam dzisiaj brakuje fizyków?

Pierwszy Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Inżynierii Klinicznej Ryszard Kowski:

To jest trudne pytanie.

(*Głos z sali*: Nie do oszacowania.)

Dlatego że wszystko zależy od tego, jak określimy kompetencje. Ja widziałem różne szacunki. O ile radioterapia i medycyna nuklearna są w miarę policzalne i tam mniej więcej wiemy dokładnie, jaka jest sytuacja, o tyle w diagnostyce radiologicznej te szacunki są trudniejsze. Widziałem również taką liczbę jak 500. Nie wiem, jak kolega do tego się odnosi. Przyznaję, że jest to trochę niezbadane pole, bo wszystko zależy od tego, jak określimy kompetencje, jak określimy, co powinien robić inżynier medyczny, a co powinien robić fizyk medyczny. Pewnie w małym ośrodku, w którym jest jeden aparat rentgenowski czy jeden aparat USG, te kompetencje w dużej części mogą się nakładać. Wydaje się, że to jest praca do wykonania.

Tak że, Pani Senator, odpowiedź na to pytanie jest trudna. Jesteśmy na początku tej drogi.

(*Brak nagrania*)

Ordynator Oddziału Radioterapii Onkologicznej I z Izbą Przyjęć w Wielkopolskim Centrum Onkologii Piotr Milecki:

…Jaki procent fizyka potrzebny jest na jaki rodzaj aparatu? Na tomograf trzeba było 30% fizyka, na mammograf 40%, a na zwykły rentgen 10% fizyka. I z tego się składał fizyk, jak ktoś miał więcej aparatów. A więc można w ten sposób to szacować. Ale to rzeczywiście jest kilkaset. Różne są szacunki, jeżeli chodzi o diagnostykę – od 200 do 500.

(*Ekspert do spraw Akceleratorów w Narodowym Centrum Badań Jądrowych Jacek Pracz*: Można?)

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Proszę.

Ekspert do spraw Akceleratorów w Narodowym Centrum Badań Jądrowych Jacek Pracz:

Ja może podam taką jedną liczbę. Mamy chyba ok. 600 nowych szpitali tzw. sieciowych. Tak? Każdy taki szpital powinien mieć tego typu specjalistę, wydaje mi się. Oczywiście jest to przybliżony szacunek, wstępny, ale myślę, że może on trochę odzwierciedlać te wartości. Nie wiem, czy panowie się zgodzą.

(*Głos z sali*: Diagnostykę – tak, bo jeżeli chodzi o terapię…)

A nie, terapia…

(*Rozmowy na sali*)

(*Głos z sali*: Tylko diagnostykę.)

Tak jak pan profesor powiedział, radioterapia jest raczej załatwiona, można powiedzieć. *More or less*.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.

Czy w tej części posiedzenia naszej komisji są jeszcze jakieś pytania albo głosy w dyskusji?

Jeżeli nie, to 7 minut higienicznej przerwy i przystąpimy do drugiej części naszego spotkania.

(Przerwa w obradach)

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Szanowni Państwo, kończymy przerwę.

Zapraszam pana prof. Malickiego do przedstawienia tematu „Strategia rozwoju protonoterapii w Polsce". Bardzo proszę.

Witam gości, którzy doszli na posiedzenie komisji.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Fizyki Medycznej Julian Malicki:

Pani Senator! Szanowni Państwo!

Pozwolę sobie się przebrać w swoją drugą skórę. Jestem dyrektorem Wielkopolskiego Centrum Onkologii i szefem Katedry i Zakładu Elektroradiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Chciałbym też przedstawić kolegę, pana prof. Piotra Mileckiego, który jest szefem zakładu radioterapii, oddziału radioterapii i konsultantem wojewódzkim do spraw radioterapii. I pozwolę sobie przejść do rzeczy.

Jakiś czas temu opracowaliśmy w grupie ekspertów raport, który chciałbym państwu tutaj rozdać, „Strategia rozwoju radioterapii protonowej w Polsce". Wszyscy wiemy z różnych doniesień prasowych, że taka metoda jest, jest już w Polsce dostępna i jest ośrodek radioterapii protonowej albo, inaczej mówiąc, protonoterapii pod Krakowem w Bronowicach. Uznaliśmy, że promowanie idei powstania drugiego ośrodka w Polsce zachodniej jednak wymaga odniesienia się do sytuacji, która jest na terenie całego kraju. Stąd wśród koleżanek i kolegów, którzy byli współautorami tego raportu, jest również m.in. prof. Fijuth, szef Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej. Załączone są również w tym raporcie opinie m.in. prof. Rafała Dziadziuszki, konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, i pani Barbary Ulatowskiej, prezes stowarzyszenia pacjentów. Powiem parę słów ogólnie, gdzie w tej chwili znajdujemy się, jeśli chodzi o ten projekt i jak wygląda sytuacja na świecie, a potem poproszę pana prof. Mileckiego, aby odniósł się do wskazań u pacjentów.

Proszę państwa, tak jak już powiedziałem, protonoterapia to jedna z najnowocześniejszych uznanych na świecie metod leczenia. Jeżeli mówimy w ogóle o radioterapii, to 50% pacjentów onkologicznych w Polsce wymaga radioterapii, a doliczyliśmy się, że z tego w Polsce ok. 2 tysięcy pacjentów rocznie skorzystałoby z radioterapii protonowej. O wskazaniach i o tym, jak do tego doszliśmy, powie pan prof. Milecki. No, można powiedzieć, że grupa 2 tysięcy osób to grupa mała, niemniej liczebność tej grupy wzrasta. No i konkluzja: jeden ośrodek w Polsce nie zapewni pokrycia potrzeb wszystkich pacjentów.

Jeżeli spojrzymy, jak jest na świecie, to zobaczymy, że liczba tych ośrodków rośnie. Na całym świecie jest ich już kilkadziesiąt, 64 w tej chwili. Widzimy, że one są oczywiście rozmieszczone głównie w krajach zamożniejszych. W Stanach Zjednoczonych jest ich 27, w Europie jest 20, w Azji – 16. Jeżeli popatrzymy na Europę, to widać, że w tej chwili czynnych jest 20 ośrodków radioterapii protonowej – to nie jest mało – np. w ościennych Niemczech jest ich 6, w Czechach jest 1 i to rzutuje na to, gdzie nasi pacjenci szukają pomocy. W Stanach Zjednoczonych jest ich 26, w Kanadzie – 1.

Co jest ważne, to nie tylko to, ile ich jest, ale ile jest w budowie i ile jest w planach. W budowie jest obecnie 40 ośrodków. Jeżeli dodamy do 64 istniejących na świecie 40 budowanych, to tak wygląda to, gdzie one są budowane… W fazie planowania jest 21 ośrodków. Proszę państwa, to oznacza, że ta metoda dynamicznie się rozwija, a dzieje się tak dlatego, że tak jak w całej medycynie i w technologii medycznej, ta technologia tanieje. Jeżeli więcej szpitali jest zainteresowanych tą technologią, to jest nacisk na jej rozwój i ona tanieje. A to powoduje, że jak staje się tańsza, to staje się bardziej dostępna i wobec tego więcej ośrodków onkologicznych może sobie na nią pozwolić. Tak że to jest takie koło, które trochę samo się napędza.

W związku z tym, jeżeli popatrzymy na sytuację epidemiologiczną w Polsce, zobaczymy, że gdy mamy jeden ośrodek w Polsce południowowschodniej, w Krakowie, to jest to za mało, żeby zaopatrzyć wszystkich pacjentów, którzy tego potrzebują. Stąd inicjatywa 5 województw Polski zachodniej. One w dodatku są tak położone, że są leżą w pobliżu Czech i Niemiec i wobec tego pacjenci uciekają do tych ośrodków, które są w Niemczech i Czechach. 5 województw podjęło wspólną inicjatywę utworzenia ośrodka radioterapii, który byłby zlokalizowany, jeżeli chodzi o napromienianie, w Poznaniu, a urządzenia do planowania radioterapii, planowania leczenia, obliczania rozkładów dawek byłyby we wszystkich centrach onkologii, które znajdują się na terenie tych 5 województw.

Jeżeli popatrzymy na mocne strony tego projektu, to przede wszystkim musimy powiedzieć, że jest to potencjał ekonomiczny i również administracyjny. Jest to poza tym lokalizacja ośrodka w centrum onkologii, które ma dostateczny budżet do tego, aby móc ponieść ryzyko takiej inwestycji, po tym jak ona zostanie zrealizowana. Centrum onkologii w Poznaniu leczy 6 tysięcy chorych rocznie metodami radioterapii. Normalna metoda radioterapii jest około trzykrotnie tańsza od metody radioterapii protonowej, ale 6 tysięcy w porównaniu z 400 leczonymi metodami radioterapii protonowej… Te 400 osób, na których leczenie trzeba będzie wydać 3 razy więcej pieniędzy, nie stanowi żadnego zagrożenia ekonomicznego. Potencjał naukowy to 5 uniwersytetów medycznych w 5 województwach. A krajowa myśl techniczna, co chciałbym tu podkreślić, to Narodowe Centrum Badań Jądrowych. Chcemy, żeby… Poproszę pana Jacka Pracza z Narodowego Centrum Badań Jądrowych o powiedzenie paru zdań o tym, jak krajowa myśl techniczna mogłaby na tym zyskać. Jest potencjał kliniczny. Powiedziałem o tym, i to jest ważne, że uczestniczą w tym publiczne regionalne ośrodki onkologiczne, a więc nie nastąpi drenaż NFZ, dlatego że koledzy, którzy pracują w centrum onkologii nie są zainteresowani, żeby jakoś nadmiernie kwalifikować pacjentów do radioterapii protonowej, kiedy mają wiele innych możliwych metod radioterapii, a więc będą kwalifikować tylko tych, którzy rzeczywiście tego potrzebują.

Na tym slajdzie przedstawiłem wszystkie ośrodki w konsorcjum, które podpisały porozumienie, że będą w tym projekcie uczestniczyć. Musimy sobie powiedzieć,

że jest to projekt, który jednak pochłania ponad 200 milionów zł, ale technologia tanieje, wobec czego te środki muszą być wydane rozsądnie i wiele ośrodków musi z nich korzystać. Jak popatrzymy na epidemiologię w Polsce zachodniej, to widzimy, że jest to 5 województw, które łącznie mają ponad 10 milionów mieszkańców, a więc zgodnie z regułami Europejskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej taka populacja w pełni uzasadnia powstanie jednego ośrodka radioterapii protonowej.

Co zrobiono od 2015 r., w którym zacząłem inicjować – właściwie muszę powiedzieć, że inicjatorem tej idei był prof. Krzyminiewski z Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu – zacząłem promować tę ideę w Polsce zachodniej? Podpisaliśmy porozumienie z tymi 19 instytucjami w Polsce zachodniej, a dodatkowo do takiego porozumienia przystąpiły samorządy tych 5 województw. Projekt został opracowany – tak jak w przypadku każdego wielkiego projektu jego dokumentacja liczy kilka teczek opracowań – został złożony w ówczesnym Ministerstwie Infrastruktury w 2016 r., właściwie na przełomie 2015 i 2016 r. Od tego czasu ostatnio miałem prezentację projektu na posiedzeniu 3 zespołów poselskich: zespołu do spraw zdrowia, zespołu do spraw praw pacjentów i Parlamentarnego Zespołu do spraw Dzieci, a 2 tygodnie temu na posiedzeniu Krajowej Rady Onkologii przy ministrze zdrowia.

Parę slajdów z porozumienia, które podpisaliśmy już w 2014 r., pomiędzy rektorami uczelni i marszałkiem województwa, tylko po to, żeby pokazać, że za projektem stoją poważne instytucje, które jakby gwarantują, że nie jest to żadna firma krzak… no, padło tutaj takie sformułowanie. Listy intencyjne podpisały zarządy 5 województw w roku 2015, zadeklarowały, że będą ten projekt wspierać.

Proszę państwa, na mapie potrzeb zdrowotnych protonoterapia została uwzględniona już 2,5 roku temu, kiedy ta mapa powstała, w zakresie onkologii dla województwa wielkopolskiego.

Chciałbym też odnieść się do pewnych mitów w zakresie kosztów. No, musimy powiedzieć, że na onkologię Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje obecnie blisko 8 miliardów zł, wydatki na całą radioterapię to obecnie ok. 900 milionów zł, a jeżeli popatrzymy na koszty protonoterapii w przyszłych latach, to zobaczymy, że będzie to poniżej 100 milionów zł. Tak że jeśli chodzi o koszty, jakie nasz płatnik, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia, ponosi, to jest to ułamek kosztów.

Przechodzę do ostatniego slajdu, wniosków i rekomendacji. Mówimy o tym, że jest to metoda, którą musimy w Polsce rozwijać. Wydaje się, że w Polsce jest miejsce na 2, 3 takie ośrodki, które pokryją zapotrzebowanie epidemiologiczne. Ważne jest, żeby taki ośrodek powstał w publicznym dużym centrum onkologii, które ma odpowiedni potencjał. Pozwoli to na podniesienie nie tylko standardu leczenia, ale również poziomu badań naukowych.

No i musimy sobie na koniec powiedzieć, obalając, jak mówię, te mity o kosztach, że te koszty, przy prawidłowej kwalifikacji, stanowią ułamek kosztów całego leczenia onkologicznego i są niższe niż koszty wielu innych terapii. Jest to obecnie metoda refundowana w pewnej grupie wskazań przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dziękuję.

Jeżeli mógłbym prosić teraz pana prof. Mileckiego o uzupełnienie o wskazania…

Ordynator
Oddziału Radioterapii Onkologicznej I
z Izbą Przyjęć
w Wielkopolskim Centrum Onkologii
Piotr Milecki:

Dzień dobry państwu.

Na wstępie chciałbym bardzo serdecznie podziękować za zaproszenie.

Proszę państwa, strategia rozwoju protonoterapii w Polsce to jest ta książeczka, jeśli tak mogę powiedzieć, czy książka, która wydaje się dość cienka, jednak ona kosztowała nas – ja też jestem jednym ze współautorów – dużo pracy. Lwią część tej pracy poświęcono m.in. próbie odpowiedzenia sobie na pytanie: ilu tak naprawdę chorych w Polsce wymagałoby, gdyby była pełna dostępność, leczenia z zastosowaniem protonów? Dlaczego tak ważne jest odpowiedzenie sobie na to pytanie? Dlatego, że do tej pory mówimy o jakichś ogólnych liczbach wyciągniętych gdzieś z kontekstu, a ilu rzeczywiście tych chorych powinno być tak leczonych, tak naprawdę nikt w Polsce nie potrafił do tej pory odpowiedzieć. Jest to pierwszy taki raport dotyczący właśnie tej kwestii. Jest to o tyle ważne, że tak jak powiedział pan prof. Julian Malicki, jeśli myślimy o jakimś planowym działaniu, to musimy wiedzieć, ilu tych chorych jest, a następnie do tej liczby próbować dostosować liczbę potencjalnych ośrodków. W chwili obecnej można powiedzieć, że jeden ośrodek to za mało, pomimo tego, że nie wykorzystuje swojej mocy przerobowej, jeśli tak mogę powiedzieć, ale niestety tak jest. I tu m.in. chcemy pokazać, na czym opieramy to swoje przekonanie.

Proszę państwa, tak jak już powiedziałem – tu są wymienieni wszyscy autorzy, to już było wcześniej pokazane – jest to pierwszy tego typu, tego rodzaju raport dotyczący właśnie protonoterapii. Jak pozyskiwano dane, aby sobie odpowiedzieć na to pytanie, ilu chorych potrzebujemy? Przede wszystkim pozyskano, przejrzano, zweryfikowano, oceniono, a następnie wysnuto wnioski. Te wnioski zostały wysunięte w grupie, można powiedzieć, specjalistów, którzy na co dzień zajmują się radioterapią, czyli potrafią pewne sprawy ocenić. Pierwszy krok był taki, że wybrano jednostki chorobowe na podstawie dostępnego piśmiennictwa w renomowanych czasopismach onkologicznych, te jednostki chorobowe, co do których nie ma wątpliwości co do korzyści wynikających z zastosowania protonoterapii, oraz te jednostki, w przypadku których jest nadzieja, że lada moment dojdą bardzo silne dowody z badań klinicznych i te wskazania będą twarde albo już mówi się, że te wskazania są twarde, jeśli tak mogę powiedzieć.

Te liczby konkretnych chorych w pierwszym etapie oceniono dla Wielkopolski – Wielkopolska należy do większych województw, to jest ok. 3 milionów mieszkańców – i również dla całej Polski. Dlaczego tak robiono? Dlatego, że dla Wielkopolski mamy w naszym centrum onkologii rejestr, który jest naszym zdaniem dokładny czy dość precyzyjny, jeśli tak można powiedzieć, albo jest jednym z najbardziej precyzyjnych. Jednocześnie to rozszerzaliśmy o całą Polskę i te dane porównywaliśmy, czyli to pozwalało w jakiś sposób potwierdzić, że te dane są spójne dla Polski, jako całego kraju, i dla Wielkopolski.

Oczywiście nie wzięto tylko danych z jednego roku, ale braliśmy dane z 10 lat, patrzyliśmy również na trendy epidemiologiczne, jeśli chodzi o zachorowalność, tak aby móc przewidzieć i ustalić dla, powiedzmy, najbliższych paru lat, jak te liczby mogą wyglądać. Również uwzględnialiśmy trendy czy zmiany w leczeniu, dlatego że leczenie w onkologii w pewien sposób ewoluuje, to też jest proces dynamiczny. Te dane, które uzyskaliśmy po tej pierwszej obróbce, odnieśliśmy również do innych krajów, w których takowe dane już istnieją, czyli sprawdzaliśmy, czy nasze dane dotyczące Polski mogą być wiarygodne i jak one się kształtują w porównaniu z danymi z innych krajów. No i to też pozwalało nam potwierdzić tę wiarygodność danych. W tej chwili, jak państwo doskonale wiedzą, zachorowalność w Polsce na wszystkie nowotwory łącznie jest taka, że jest to ok. 160 tysięcy chorych. Niestety, w zakresie zgonów jesteśmy w ogonie Unii Europejskiej, niechlubnym w tym wypadku, bo jest ok. 100 tysięcy zgonów. Ja mówię tutaj w jakimś zaokrągleniu, tak żeby te liczby były mniej więcej zapamiętane. Jeśli chodzi o zastosowanie terapii protonowej, to generalnie uważa się, że absolutne minimum to powyżej 1% całej liczby, jeśli chodzi o zachorowalność. Tak więc już tylko z tego, gdybyśmy nie robili żadnych specjalnych obliczeń, widzimy, że dla Polski ok. 1 tysiąca 600 to jest absolutne minimum. Średnia to jest ponad 2%, czyli gdybyśmy do 160 tysięcy odnieśli 2%, to byłyby to ponad 3 tysiące. A są kraje, w których niektórzy szacują to nawet na 10%, ale te extrema ja bym odciął i był bliżej tych 2%. I rzeczywiście te nasze dane, wynikające chociażby z takiego porównania szczegółowego, które my zrobiliśmy, mówiące o ok. 2 tysiącach chorych, się plasują poniżej 2%, czyli jest to liczba jak najbardziej realna.

I, proszę państwa, jeśli mówimy o wskazaniach do leczenia protonoterapią, to pierwsza taka nasza myśl jest taka, że są to dzieci, że to protonoterapia u dzieci i to jest ta grupa, powiedzmy, fundamentalna, w której te wskazania powinny być. I tu jest zgoda. Niemniej, jeśli popatrzymy na rzeczywiste wskazania, to się okazuje, że tak naprawdę tą największą grupą są dorośli, młodzi dorośli, dorośli, generalnie pacjenci. I to jest ta grupa, która dominuje w tej chwili w tych krajach, w których protonoterapia się rozwija czy będzie dalej mocno się rozwijała.

Tu państwo widzicie oznaczone na żółto te pierwsze wskazania. To jest dość duża grupa chorych, w wypadku których lokalizacja nowotworu, generalnie guza litego, bo w takich sytuacjach jest stosowana protonoterapia, znajduje się w ośrodkowym układzie nerwowym bądź blisko tego ośrodkowego układu nerwowego. To wynika chociażby z prostej zasady działania protonoterapii, oszczędzania tkanek zdrowych, narządów krytycznych, które są blisko guza nowotworowego. Jeśli wyobrazimy sobie, że guz nowotworowy jest zlokalizowany blisko nerwu wzrokowego, to jeśli szukamy metody, która pozwala ochronić ten nerw wzrokowy, to oczywiście tą metodą będzie protonoterapia, zwłaszcza w porównaniu z terapią klasyczną, jaką my na co dzień stosujemy. Jeśli weźmiemy chociażby guz, który jest zlokalizowany w mózgowiu, to okazuje się dzisiaj – my już znacznie więcej wiemy na temat powikłań popromiennych – że jeżeli możemy oszczędzić maksymalnie od napromieniania, czyli zejść z tej dawki napromieniania kierowanego w okolice zdrowej części mózgowia, to pozwalamy temu pacjentowi, który przeżyje nasze leczenie, na zdecydowanie lepszą jakość życia. Okazuje się, że promieniowanie niestety poza tym pozytywnym skutkiem ma szereg negatywnych skutków, objawów ubocznych, które w wielu sytuacjach drastycznie ograniczają jakość życia. I w tych wszystkich właśnie lokalizacjach, po kolei idąc od góry: struniak, czerniak gałki ocznej, inne nowotwory zlokalizowane w obrębie gałki ocznej, mięsaki, oponiaki, nerwiaki nerwu słuchowego, nowotwory w obrębie przysadki… W wypadku tych wszystkich nowotworów jest zdecydowana korzyść w wyniku zastosowania protonoterapii. One nie budzą absolutnie żadnych wątpliwości, zresztą szereg z nich jest zawartych w zaleceniach opracowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych z 2012 r. – to dotyczyło gałki ocznej – updatowanych w 2015 r. co do tych innych wskazań. Niemniej w chwili obecnej można powiedzieć z pełną odpowiedzialnością, że te zalecenia z 2015 r. powinny już być zmienione, powinien być rozszerzony ten katalog wskazań. I tak prawdopodobnie będzie się działo, że w przyszłości to, co się dzieje… Ja przynajmniej po oglądzie literatury, piśmiennictwa, tego twardego, dowodowego, widzę jasno, że te wskazania będą ulegały modyfikacji, i to dość szybkiej. Stąd też nie dziwi fakt, to, co mój poprzednik, pan prof. Malicki powiedział, że ta liczba ośrodków będących w planach i w budowie będzie rosła. I od tego chyba nie ma odwrotu. Pytanie tylko, czy my jako kraj, który aspiruje do gospodarek, powiedzmy, pierwszej ligi, bo tak już zaczynamy siebie i nas zaczynają tak pomału postrzegać, będziemy gdzieś tam z tyłu, znów w ogonie, czy też pod względem tej terapii dołączymy do krajów rozwiniętych, a nie rozwijających się.

Kolejne wskazania to są wybrane pierwotne nowotwory w obrębie głowy i szyi. To jest ok. 400 chorych, to jest duża grupa chorych. Co to znaczy wybrane nowotwory, w jakim sensie wybrane? W takim sensie, że są to duże guzy nowotworowe, których leczenie z klasycznym zastosowaniem radioterapii, nawet tej najnowocześniejszej, fotonowej, niestety nie daje zadowalających wyników. W tej chwili już wiemy, że protonoterapia zdecydowanie poprawia jakość życia w tej grupie chorych, ale również pozwala zwiększyć skuteczność miejscową, czyli prawdopodobnie… Duże opracowania ostatnio publikowane już wskazują, że to się przekłada również na wydłużenie życia, czyli to są 2 bardzo ważne punkty końcowe ze wszystkich badaniach klinicznych: jakość życia i długość czasu przeżycia po takim leczeniu. Oczywiście jest to leczenie nie dla wszystkich nowotworów głowy i szyi, ale dla tych najbardziej zaawansowanych. Proszę też pamiętać, że niestety w Polsce sytuacja, jeśli chodzi o rozpoznawanie tych nowotworów głowy i szyi, nie jest dobra, a bym powiedział, choć nie chcę użyć tego słowa, nawet tragiczna. My rozpoznajemy 70% chorych w miejscowo zaawansowanym stopniu klinicznym. W związku z tym duża grupa chorych tak naprawdę powinna podlegać tej terapii, ale jak mówię, bardzo ostrożnie do tego podeszliśmy, dlatego że mogłoby to nawet wywrócić to wszystko, co dzisiaj wiemy.

No i pozostałe grupy. Tutaj chciałbym zwrócić uwagę na jedną grupę: na nowotwory piersi, raka piersi. To znów wybrane trudne przypadki. O co chodzi? Tutaj dotyczy-

łoby to chorych młodych, młodych, tzn. w wieku 35 lat, maksymalnie 40 lat. Ta grupa chorych jest całkiem spora. Zwłaszcza chodzi o sytuację, kiedy lokalizacja guza jest w piersi lewej, dlatego że to jest strona z sercem. A my dzisiaj wiemy już, że każdy grej, czyli ta nasza jednostka dawki, którą podajemy niepotrzebnie… Bo my nie chcemy napromieniać serca, wręcz przeciwnie, powinniśmy maksymalnie ten narząd chronić, a każdy dodatkowy grej niepotrzebnego w tym wypadku napromieniania zwiększa ryzyko wyindukowania choroby niedokrwiennej w postaci zawałów – głównie o tym myślimy – o 7%. Jak to widzimy w tych naszych systemach komputerowych, to się wydaje, że co to tam 2 greje mniej. Tylko że teraz już wiemy, że te 2 greje mniej to jest później kwestia wyindukowania zawałów serca u kobiet w sytuacji, gdy to rokowanie jest, powiedzmy sobie, nawet dobre w niektórych przypadkach czy bardzo dobre, żyją one długo, na tyle długo, że te powikłania kardiologiczne mogą wyjść na pierwszy plan i, krótko mówiąc, skrócić życie tych pacjentek. I te dane to są już dane twarde. Wiemy o tym, że tak się dzieje.

To jest graficzna prezentacja tych wskazań, tak że tutaj państwo widzicie, w których miejscach my to najbardziej akcentujemy.

Druga grupa to są nowotwory wieku dziecięcego. Ta grupa wbrew pozorom nie jest aż tak wielka, ale na pewno bardzo ważna. No bo tym nieszczęściem, jeśli tak można powiedzieć, podwójnym… Zabieramy dzieciom radość dzieciństwa tym ciężkim leczeniem, więc jeżeli możemy coś zrobić, a możemy, czyli dać im lepszą terapię, to terapia protonowa na pewno jest lepsza od fotonowej i co do tego właściwie już nikt nie dyskutuje. Proszę państwa, właściwie badania kliniczne nad tym specjalnie nawet się nie toczą, bo to jest tak oczywiste, że jest tylko pytanie, jak duży jest ten zysk, czy on jest, powiedzmy, dwukrotny, trzykrotny itd. Generalnie trudno porównywać, nieetyczne byłoby porównywanie nawet najlepszej terapii fotonowej z protonoterapią w przypadku tej grupy pacjentów. To wynika z 2 powodów: zdecydowanie mniejszej toksyczności leczenia wczesnej i późnej, ale przede wszystkim jeszcze dodatkowo ograniczenia ryzyka wyidukowania nowotworów popromiennych. Tak że szereg parametrów powoduje, że ta grupa jest już poza nawiasem. Nikt praktycznie w poważnej dyskusji nie powie o tej grupie, że trzeba tu w jakiś sposób…

Pytanie, czy ta liczba… Ja powiem szczerze, że ona jest troszeczkę niedoszacowana. My może nawet nie do końca wzięliśmy… Liczba tych pacjentów, młodych pacjentów, dzieci, które są leczone w Polsce za pomocą radioterapii, jest większa, niż tutaj podaliśmy. Ale zawęziliśmy ją do takiej naprawdę niezbędnej, przez wielkie N, grupy pacjentów, w przypadku których ta radioterapia protonowa powinna być zastosowana.

Jeszcze chciałbym tylko dodać, że tak samo dla dorosłych, jak i dla grupy dzieci, dla każdego z tych rozpoznań – ja nie chcę państwa tym zanudzać – jest szereg publikacji, bardzo takich, bym powiedział, twardych, mocnych publikacji w najlepszych czasopismach onkologicznych, najbardziej aktualnych, które potwierdzają te nasze wskazania, nie liczby, ale wskazania. A liczby zostały wzięte z naszych danych epidemiologicznych.

To jest graficzna prezentacja tego, co powiedziałem.

Proszę państwa, zmierzam do podsumowania. Jeśli chodzi o wskazania do protonoterapii, to tak jak powiedziałem na początku, jest to proces dynamiczny, dynamiczny, rozszerzający się, zmierzający niestety – niestety albo i dobrze – do wskazania coraz większej liczby chorych, których powinno czy będzie obejmować takie wskazanie. Tak że, krótko mówiąc, przewidujemy wzrost liczby wskazań.

W tej chwili jest bardzo duży nacisk naszych pacjentów – ale nie tylko, my sami jako lekarze wiemy, że tak powinno być – aby poprawiać jakość życia albo przynajmniej, jeśli już ją pogarszamy, to w minimalny sposób. To jest bardzo ważny punkt w trakcie samej radioterapii, jak i przede wszystkim po zakończonej radioterapii. Chcemy, żeby ten chory, który żyje wiele lat, wrócił w pełni do zdrowia. Ważne jest nie tylko wyleczenie z nowotworu, ale również to, za jaką cenę będzie wyleczony. I to jest bardzo ważne. W tej chwili wszędzie się mówi… Nawet pojawiło się takie określenie, że pacjent zaczyna oceniać efekty terapeutyczne troszeczkę na wzór ankiety w hotelu. Wiadomo, że ten, który jest pracownikiem hotelu, powie, że on dostarcza świetną usługę, najlepszą, jaka jest możliwa. Ale tak naprawdę pewnym kryterium oceny jest sam pacjent. I coraz częściej się mówi – głównie to idzie ze Stanów Zjednoczonych – że ta ocena efektów terapeutycznych powinna być w dużej części dokonywana przez pacjenta, oczywiście przy pomocy czy współudziale fachowca, jakim jest lekarz. Ale coraz więcej uwagi przykłada się do tego, jak pacjent to odbiera. Bo to, że my potrafimy łatwo ocenić jako onkolodzy czas przeżycia… No, to jest nasza domena. Ale jeśli chodzi o to, jak ten pacjent się czuje, to trudno wejść w jego głowę, w jego ciało i to zrozumieć. Można powiedzieć, że zdrowy chorego nie zrozumie, i trochę prawdy w tym jest, dlatego zaczyna się coraz mocniej czy bardziej angażować pacjentów w ocenę naszych wyników, żeby oni nam też podpowiadali, na co powinniśmy zwracać uwagę w przyszłości, bo lekarz może troszeczkę się mylić.

Kolejna kwestia: poprawa efektywności miejscowej. Co do wielu nowotworów zaczynają wpływać twarde dowody, że jest poprawa efektywności miejscowej, czyli zniszczenia guza, w przypadku terapii protonowej w stosunku do fotonowej, a to w oczywisty sposób musi się przełożyć na wydłużenie życia, czyli poprawę przeżyć.

Tutaj pod spodem państwo widzicie ewolucję: radioterapia 2D, 3D, CRT, IMRT, protony, ewolucję, to jak – 30 lat właśnie w tym roku mija, jak rozpocząłem swoją przygodę z radioterapią – to się działo. W momencie, kiedy rozpoczynałem pracę, królowała radioterapia 2D, nie było innej. Prosta, prymitywna, siermiężna radioterapia, która dawała takie powikłania, że… Ja pamiętam pacjentów, którzy wtedy przychodzili – w dużej części zajmuję się nowotworami głowy i szyi – i praktycznie każdy pacjent, który przyjeżdżał na kontrolę, miał foliową torebkę, teraz są one niepopularne, ale wtedy były popularne, a w tej torebce butelkę z wodą. Powiedział dosłownie 3, 4 słowa i już musiał popijać, po prostu nie był w stanie mówić, jeść bez wody, nowotwory głowy i szyi to był horror dla tych chorych. Weszła technika 3D, CRT, IMRT, radykalnie poprawiła sytuację, nadal jest to problem, ale już nie taki. To w ogóle jest niebo a ziemia. Ale na jedną sprawę chciałbym zwrócić uwagę. Nie było wtedy takich dowodów

z badań klinicznych dotyczących różnic między 2D a 3D, CRT, jakich dzisiaj wymaga się od protonoterapii. Wtedy wszyscy przyjęli, że to jest tak nowoczesna radioterapia, bo dane z rozkładu dawki tak przemawiały na rzecz techniki 3D, a później IMRT, tej najnowszej, którą my dzisiaj mamy w posiadaniu, że właściwie firmy ubezpieczeniowe, całe środowisko onkologiczne przyjęło, że tak jest. Niewiele tylko jest dzisiaj takich bardzo mocnych dowodów z badań randomizowanych trzeciej fazy. A chciałbym na jedną sprawę zwrócić państwa uwagę: różnica w cenie między 2D a 3D była taka, że 3D była trzy razy droższa, a później IMRT była 2,5 razy, nawet do 3 razy droższa niż 3D, tak jak to dzisiaj jest mniej więcej, jeśli chodzi o IMRT i protonoterapię. Tak że tu trochę się zatrzymano przed tym rozszerzeniem. Może rzeczywiście te koszty są większe, no bo to było 2 razy, 2 razy i 2 razy więcej, niemniej to pokazuje też, jaki był wcześniej nasz tok myślenia i że była ta akceptacja. Może to, że kryzys ekonomiczny pojawił się w 2008 r. na świecie, wstrząsnęło całą gospodarką i może to był też ten powód.

No i na koniec. Obecnie prowadzonych jest ok. 120 badań klinicznych, różnych badań klinicznych, prospektywnych, w różnych konfiguracjach i przewiduje się napływ wyników właśnie z tych badań klinicznych, które staną się podstawą do tego, aby takie leczenie było coraz częściej stosowane.

Tak że podsumowując, powiem, że z naszego raportu wynika ta liczba 2 tysięcy – to już pan prof. Malicki powiedział – ok. 2 tysięcy chorych. To jest taka realna liczba, ani zawyżona, ani zaniżona. A to by wskazywało, że ośrodek, gdyby dobrze działał – ja nie wnikam w to, dlaczego tak się dzieje, że nie działa tak, jak powinien – no to, powiedzmy, miałby maksymalnie 700 chorych leczonych w ciągu roku. Czyli z tego wynika, że drugi ośrodek powinien być przygotowywany, a może nawet docelowo – w jakimś niedługim czasie czy może dłuższym, to już jest kwestia ustalenia – trzeci ośrodek. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Bardzo dziękuję panu profesorowi.

Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos w formie prelekcji albo uzupełnienia, dopełnienia, zanim przejdziemy do pytań?

Ekspert do spraw Akceleratorów w Narodowym Centrum Badań Jądrowych Jacek Pracz:

Ja chciałbym jeszcze powiedzieć na temat tego, dlaczego Narodowe Centrum Badań Jądrowych zainteresowane jest udziałem w projekcie protonoterapii. Żeby móc to państwu wykazać, to muszę pochwalić Narodowe Centrum Badań Jądrowych, wybaczcie, tak musi być. Moment, muszę tylko znaleźć swoją krótką prezentację. I chciałbym przeprosić również, bo jestem zamiast pana prof. Kurka, który akurat wczoraj został wezwany w tym terminie do naszego organu nadzorującego, czyli Ministerstwa Energii, ja po prostu wykorzystuję prezentację pana profesora.

Celem naszego instytutu związanym ze znalezieniem się w tym projekcie jest wyciągnięcie korzyści w zakresie rozwoju technologicznego. I ta sytuacja jest dosyć jasna, proszę państwa. A żeby to udowodnić, najpierw zaprezentuję państwu ładne zdjęcia, bo pewnie nie wszyscy z państwa byli w Świerku. Ten teren to 40 ha, a ten taki ładny okrągły budyneczek to jest ten jedyny taki w Europie Wschodniej reaktor, który w tej chwili, jak się okazuje, jest bardzo użyteczny i bardzo sprawny, o czym będzie za chwilę.

Czym zajmuje się nasz instytut? Jak widać, nasz instytut łączy badania podstawowe z różnymi badaniami stosowanymi. Jest tutaj taki zapis „energetyka jądrowa", dzisiaj o tym nie mówimy, bo nie wiadomo, co z tym ma być. Nie można pominąć aspektu akceleratorów medycznych i przemysłowych, ale również i naukowych, którymi Narodowe Centrum Badań Jądrowych się zajmuje, i to z bardzo pozytywnymi wynikami. Proszę państwa, w końcówce zeszłego roku była kolejna kwalifikacja jednostek badawczo-naukowych w Polsce i ku naszemu zdziwieniu, powiem szczerze, otrzymaliśmy od pana ministra Gowina kategorię A+. Takie instytuty fizyczne w Polsce są tylko 3. I tutaj m.in. mamy połączenie fizyki teoretycznej z wdrożeniami. Jeżeli popatrzymy na to, że jest 10 tysięcy cytacji naszych publikacji, których rocznie wydajemy około 500, widać, że znajdujemy uznanie w różnego rodzaju instytucjach, które kwalifikują podmioty naukowe. One są tutaj wymienione, nie będę ich pokazywał, bo chciałbym państwu pokazać tę część, która jest związana głównie z zastosowaniami.

Tutaj na obrazku jest mapa największego światowego akceleratora, który znajduje się pod Genewą w ośrodku CERN. I jak popatrzycie państwo na prawą stronę, to zobaczycie tam takich 2 malutkich ludziczków, którzy znajdują się pod wielkim detektorem. Ten detektor częściowo był wykonywany u nas w Świerku. I patrzymy na to w ten sposób w związku z tym, że mamy taką sytuację, że bierzemy udział w tworzeniu, praktycznym wykonywaniu elementów akceleratorów na całym świecie.

Tutaj jest pokazany akcelerator, który znajduje się pod Hamburgiem. Ta kreseczka, która jest pod spodem, oznacza 500 m. On ma pewnie, jak z tego wynika, około 3 km. I my taki malutki akceleratorek też zamierzamy zbudować sobie w Świerku. Wewnątrz jest taki malutki. Średnice są tutaj rzędu ponad 1 m.

I prezentuję teraz w skrócie, tabelarycznie, czym zajmuje się nasz instytut. Jeśli chodzi o udział w wielkich infrastrukturach badawczych, ten udział jest praktyczny. To nie jest tylko i wyłącznie to, że my wysyłamy tam naszych profesorów, naszych fizyków po to, żeby oni sprzedawali polską wiedzę. Nie. To wraca w jakiejś mierze jako kontrybucja do Polski, bo my wykonujemy dla nich podzespoły, następnie je tam instalujemy, uruchamiamy i współpracujemy.

Pan profesor umieścił tutaj rysunek reaktora „Maria" z tego powodu, że wszyscy nas znają tylko i wyłącznie z tego reaktora. Ale chciałbym państwu tutaj też powiedzieć, że my aktywnie włączamy się również w szkolenia fizyków, a także w szkolenia młodzieży. Około 7 tysięcy studentów i uczniów szkół średnich odwiedza corocznie nasz instytut. Jeżeli ktoś sobie życzy, to może przejść przez całą pracownię fizyczną, żeby zrozumieć, co to jest promieniowanie, do czego jest stosowane i jak się je mierzy. Mamy wielkie, bardzo efektywne i najszybsze w tej chwili w Polsce centrum obliczeniowe. No i mamy wielki dział,

który zajmuje się produkcją radioizotopów, i to ciągle i permanentnie się rozwija, bardzo dobrze wyposażony.

A tutaj przeszliśmy, proszę państwa, do elementów, które tworzą akcelerator. Jeżeli nikt z was nigdy nie oglądał akceleratora i nie wie, co to jest, to chcę powiedzieć, że tu macie zdjęcie struktury, która przyspiesza elektrony. Te elektrony biegną w środku tego miedzianego zespołu w tym otworze, który ma 8 mm. Ta struktura, jej wymiar zewnętrzny, to jest kilkanaście centymetrów. Ale dokładności wykonania są poniżej 0,01 mm. I my takie rzeczy wykonujemy w Świerku, zarówno takie, jak i takie, które tu widzicie. To jest właśnie element z CERN. To stanowisko po prawej stronie ma wielkość człowieka. A te wszystkie miedziane podzespoły o dużej średnicy, ponad 1 m, to są takie bardzo podobne rezonatory, które przyspieszają tym razem protony, a my mówimy dzisiaj o tym, żeby tworzyć w Polsce ośrodek używający protonów do terapii, więc my jesteśmy bezpośrednio zainteresowani. My jeśli chodzi o tzw. PIMSy… Na nich zarobiliśmy niezłe pieniądze w tym CERN, nie mogę powiedzieć, że nie. Dokładności podobne, a średnice jeszcze większe. Wszystko to było wykonywane przez 2 lata, potem przez Polaków instalowane i uruchamiane w CERN pod Genewą. No, chwalę się trochę.

A teraz, proszę państwa, dam szansę pochwalenia się pani dyrektor będącej szefem tego naszego zakładu, który zajmuje się wytwarzaniem, jako że wczoraj o 19.00 w Programie Pierwszym Polskiego Radia pani dyrektor występowała i miała okazję chwalić ten produkt, który tu jest na zdjęciu.

Edyta, proszę bardzo.

Dyrektor Zakładu Aparatury Jądrowej w Narodowym Centrum Badań Jądrowych Edyta Dymowska-Grajda:

Dzień dobry państwu.

To jest akcelerator do terapii śródoperacyjnej, czyli naświetlanie następuje bezpośrednio w trakcie operacji chirurgicznej wycięcia guza. Dobrze mówię, prawda, Pani Profesor? Jest to polski produkt stworzony w Narodowym Centrum Badań Jądrowych w ścisłej współpracy z Wielkopolskim Centrum Onkologii, lekarze, fizycy, onkolodzy od samego początku budowali z nami, że tak powiem, tworzyli z nami ten akcelerator. Jest to urządzenie, które jest teraz w fazie, że tak powiem, prototypu. Dalszy krok to właśnie stworzenie akceleratora, który za kilka lat – mamy nadzieję, że za 2–3 – stanie w Wielkopolskim Centrum Onkologii i będzie przechodził testy kliniczne. Tak że jest to… My jesteśmy w tym momencie jednym z 3 producentów na świecie takiego urządzenia, ale oczywiście, nieskromnie powiem, nasze jest najlepsze, bo najbardziej mobilne, czyli najbardziej ułatwia pracę lekarzom, którzy dokonują tego zabiegu w trakcie operacji chirurgicznej. Dziękuję.

Ekspert do spraw Akceleratorów w Narodowym Centrum Badań Jądrowych Jacek Pracz:

Pani dyrektor zapomniała powiedzieć, że właśnie w czwartek w zeszłym tygodniu państwowa Agencja Rozwoju Przemysłu ten wyrób uznała za polski produkt przyszłości i dostaliśmy odpowiednią statuetkę od pani minister Emilewicz i od pana premiera Gowina.

Proszę bardzo.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Coś takiego.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Dyrektor Zakładu Aparatury Jądrowej w Narodowym Centrum Badań Jądrowych Edyta Dymowska-Grajda*: Nie, nie, nie.)

Nie, bo to jest…

(*Dyrektor Zakładu Aparatury Jądrowej w Narodowym Centrum Badań Jądrowych Edyta Dymowska-Grajda*: Nie, nie, to jest tak jak Mobetron…)

To nie są fotony.

Tutaj jeszcze kolejne zdjęcia zrobione podczas tworzenia tej rzeczy.

No i teraz chciałbym jeszcze powiedzieć, że mamy ten nasz departament, który zajmuje się tworzeniem radioizotopów. I to jest, proszę państwa, dla nas również przyszłość i my chcemy mieć u nas protony do tego, żeby można było wykonywać nowe radiofarmaceutyki. Z tego powodu wygraliśmy, proszę państwa, przetarg na wykorzystanie pieniędzy unijnych i stworzenie w ośrodku w Świerku takiego centrum, które będzie wykorzystywało cyklotron. Tylko nie cyklotron medyczny, a cyklotron przemysłowy, który nie będzie miał tylko protonów, ale będzie miał również inne jony do tworzenia radiofarmaceutyków. I to wszystko – on tutaj jest pokazany na zdjęciu – proszę państwa, prowadzi do jednego wniosku… Robiąc tego rodzaju akceleratory – akceleratorów my zrobiliśmy suma summarum ponad 120 przez te 60 lat istnienia instytutu – na dodatek rozwijając się i biorąc udział w różnego rodzaju projektach międzynarodowych, europejskich, które są związane z techniką akceleratorową… No, nas zdecydowanie te technologie interesują. My jesteśmy w nich nieźli, w zakresie cyklotronów do terapii medycznych. Zaczęliśmy współpracę z ośrodkiem niemieckim produkującym cyklotrony w Troisdorf i mam nadzieję, że ta współpraca bardzo interesująco się rozwinie. Trudno, żebyśmy pomijali taką okazję, że pojawia się w Polsce ośrodek medyczny, który będzie chciał wykorzystywać cyklotron do celów medycznych, na dodatek ośrodek, z którym jesteśmy zaprzyjaźnieni, i trudno, żebyśmy nie chcieli w tym brać udziału. A na dodatek trudno mieć pretensję do Wielkopolskiego Centrum Onkologii, że chce nasz potencjał wykorzystać. Tak więc ta synergia pomiędzy naszymi dwoma instytutami, bo przecież Wielkopolskie Centrum Onkologii jednocześnie zajmuje się również rozwojem nauki w dziedzinie onkologii, powinna się opłacić obu naszym ośrodkom. Ja nie chcę mówić, że my liczymy na to, że jeżeli się pojawi wreszcie możliwość sfinansowania budowy takiego ośrodka, to jesteśmy oczywiście gotowi do współbudowy, montażu. Składaliśmy Solarisa dla dostawcy urządzenia w Krakowie. Możemy prowadzić serwisy i to nie za 250 zł za godzinę, bo my nie mamy takich cen. Ja nie wiem, czy mam przepraszać, ale nie mamy takich cen 250 zł za godzinę.

(*Głos z sali*: To jest przynajmniej 1 tysiąc zł za godzinę.)

Ja nie będę pytał pani dyrektor, jakie mamy – ja wiem, jakie mamy – bo ona jeszcze dojdzie do wniosku, że musi je podnieść.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Jeżeli chodzi o Wrocław, to my cały czas współpracujemy z Dolnośląskim Centrum Onkologii i pan Zwiernik wie, ile nam płaci.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak, wiem, o czym pani myśli.

Spełniamy wszelkiego rodzaju kryteria związane z wykorzystaniem i kontrolą promieniowania jonizującego, które generujemy, no bo inaczej byśmy nie mogli tego budować. Narzekamy na prawo atomowe, jak wszyscy państwo obok nas, bo trzeba uczciwie powiedzieć, że to prawo atomowe nie przewiduje możliwości wymyślania akceleratorów w Polsce. Nie ma takiej możliwości. My w zasadzie cały czas naruszamy prawo, bo budujemy nowe akceleratory, nie wiemy, co z tego wyjdzie, a oni od nas sobie życzą, żebyśmy określili dokładnie, jaka będzie energia i jak moc dawki. My, zaczynając robić taki akcelerator, nie jesteśmy w stanie tego powiedzieć. Oczywiście mamy założenia, tylko jak włączymy, to my z góry nie wiemy, co tam nam wyszło, czy mniej, czy więcej. Czasami lepiej nam się uda i wychodzi więcej. Tak że też narzekamy, ale wszelkiego rodzaju systemy zarządzania jakością u nas są obecne. I nie mówię o ISO 9000, bo to już nam dawno się… Powiedziałbym, że w zasadzie to wygląda trochę tak, jak te przeglądy samochodów, na które jeździmy. To jest takie pytanie… Przyjedzie akredytowana firma do certyfikowania systemu zarządzania jakością, takiego podstawowego, no to… No, nie chciałbym… Dobra, już nie będę zdradzał pewnych szczegółów, ale generalnie problem jest związany z jedną i prostą sprawą: finansami. Zwracam państwa uwagę – ja jestem po przeglądzie samochodu w tym tygodniu – na to, że teraz, po zmianie prawa mamy taką sytuację, że najpierw płacimy, a potem przeglądają. A tu sytuacja wygląda tak: przychodzi człowiek, ma dokonać przeglądu stosowanych przez nas metod, ale on wcześniej wystawił nam kosztorys i my musimy zapłacić. To przestało mieć sens, proszę państwa. FDA, czyli normy amerykańskie, wygląda inaczej. Państwo robi tego rodzaju akredytację za darmo. Przyjeżdżają do producenta i go sprawdzają. Jeżeli producent nie spełnia wymogów, to go natychmiast wykreślają z rynku i on demontuje wszystkie swoje urządzenia w całym kraju. U nas sytuacja wygląda inaczej. Firmy akredytowane, które robią tego rodzaju przeglądy, a jest ich całe multum, jedna polska, czyli PCBC, i cała gama zachodnioeuropejskich, konkurują ceną. Przykro mi to mówić. Dlatego też jako ten, który posiada tytuł audytora zewnętrznego, mogę państwu powiedzieć, że dla audytora zewnętrznego z prawdziwego zdarzenia najważniejszy jest szef jednostki, którą się sprawdza. On musi wiedzieć, że jemu ten system zarządzania jakością jest potrzebny. Jak on wie, to on ustala imienną odpowiedzialność do tego rodzaju sprawdzań, o których tutaj pani mówiła i kolega, który wyszedł. Imienna odpowiedzialność. Bo nie tylko lekarz ma imienną odpowiedzialność, ale również inżynier czy fizyk medyczny ma mieć imienną odpowiedzialność. My mamy ISO 13485, to jest takie ISO, które pozwala nam produkować wyroby medyczne. Każdy nasz wyrób medyczny musi być w sytuacji, gdy jest nowa dyrektywa medyczna, certyfikowany przez firmę akredytowaną, która ponosi, zgodnie z tą dyrektywą medyczną, część odpowiedzialności, gdyby się okazało, że ten wyrób medyczny nie spełnia określonych wymagań. I to wtedy wygląda już inaczej, bo firma akredytująca, certyfikująca ponosi część odpowiedzialności.

Ja myślę, że pewnie najlepiej dla nas by było, gdyby można było skorzystać z takiego modnego słowa „offset" i w momencie rozmawiania z dostawcą cyklotronu do poznańskiego centrum ustalić wykonanie dla tego dostawcy określonej liczby podzespołów i brać udział w montażu, a potem certyfikacji całego systemu.

Bardzo dziękuję i przepraszam jeszcze raz w imieniu prof. Kurka, bo prosił, żeby państwa przeprosić 2 razy.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.

To fascynujące informacje, które pan nam przekazał. Jestem oczywiście za, choćby dlatego, że Dolny Śląsk wchodzi w ten projekt, a tam mieszkam i pracuję.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Jakieś pytania?

Są tutaj przedstawiciele pacjentów. Czy może ktoś z państwa? Tak?

Członek Krajowej Rady do spraw Onkologii Szymon Chrostowski:

Szymon Chrostowski, członek Krajowej Rady do spraw Onkologii przy ministrze zdrowia, a także przedstawiciel organizacji pacjenckich, który od wielu lat wspiera tę inicjatywę z różnych przyczyn. I o tych przyczynach chciałbym trochą powiedzieć właśnie od strony pacjenckiej. Jest tu z nami też pani Barbara Ulatowska, która też chciałaby się wypowiedzieć w tej kwestii, gdyż także wspiera od lat pacjentów leczonych właśnie radioterapią.

Ja chciałbym zwrócić państwa uwagę właśnie na przykładzie raka piersi na społeczno-ekonomiczne korzyści wynikające z protonoterapii. Cyfry mówią same za siebie. Po lewej stronie – nie wiem, czy to dobrze widać – jest taka radioterapia konwencjonalna i wszystkie możliwe powikłania, które z niej wynikają. My jako koalicja pacjentów onkologicznych zajmujemy się bardzo aktywnie i mocno liczeniem tzw. kosztów bezpośrednich i pośrednich. I ta analiza finansowa doskonale nam mówi, jak to mniej więcej wygląda. Przy protonoterapii mamy porównanie kwotowe, ale też, jak widzą państwo po prawej stronie, brak kosztów pośrednich wynikających z powikłań w wyniku radioterapii. Po lewej stronie koszty możliwych powikłań to ok. 70 tysięcy zł.

Jeśli chodzi o te korzyści społeczno-ekonomiczne, to zwracamy bardzo mocno uwagę, jako organizacje pacjenckie dostrzegamy i widzimy korzyści wynikające z radioterapii protonowej przede wszystkim właśnie z punktu widzenia powikłań, o których też była mowa. To nie są tylko powikłania naczyniowo-sercowe, ale także szereg innych, które pan profesor był uprzejmy wcześniej pokazać na przykładach konkretnych schorzeń.

Jakie są wnioski i rekomendacje wynikające z raportu, które już tutaj były częściowo wypowiedziane? To oczywiście nie tylko to, że nastąpi wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe do 2020 r. i do 2025 r. o prawie 30% w sto-

sunku do lat mierzonych czy mierzalnych, czyli 2014 r. Nie chcemy już, że tak powiem, pastwić się nad ośrodkiem krakowskim, ale rzeczywiście obecne analizy NFZ pokazują, jaki jest potencjał tego ośrodka. Pan profesor był uprzejmy wspomnieć o tym, że protonoterapia jest szczególnie wskazana w przypadku leczenia dzieci. Nie dalej jak miesiąc czy półtora miesiąca temu była olbrzymia awantura medialna. Udzielaliśmy odpowiedzi na różnego rodzaju zarzuty, dlaczego dzieci nie mogą być leczone w ośrodku krakowskim. No właśnie z pewnych względów nie mogą być leczone. Ale co za tym idzie, jako organizacje pacjenckie, zrzeszające pacjentów z różnych obszarów terapeutycznych, doskonale nas dotyka temat turystyki medycznej, można powiedzieć. I na podstawie analiz z lat 2010–2014 mamy uwidocznione wykonywanie świadczeń radioterapii protonowej za granicą, szczególnie w ośrodkach w Czechach, w Niemczech. Wniosków, które wpłynęły, było 102, większość oczywiście była złożona wcześniej i dotyczyła nowotworu oka. Ale co warto zaznaczyć, to to, że kwota, która niejako nie została w Polsce, można powiedzieć, to prawie 12 milionów zł, bo takie koszty państwo polskie poniosło za wykonywanie tego świadczenia za granicą, a mogłoby ponieść w Polsce. I tylko przypomnę, że jest to koszt o 60% wyższy niż koszty leczenia w kraju.

No i właśnie, dotykając kwestii fundacji, stowarzyszeń, trzeba powiedzieć, że fundacje różnego typu zbierają środki finansowe na tych pacjentów, czyli tak naprawdę pacjent sam finansuje sobie to leczenie. Ja muszę tutaj po prostu też zaznaczyć bardzo mocno pewnego rodzaju patologię, która się wytworzyła, czyli łowienie pacjentów w Polsce po to, żeby leczyć tych pacjentów za granicą. Przy tym koszt tej radioterapii to do mniej więcej 18 tysięcy euro, to jest najniższy koszt, do nawet 60 tysięcy euro. Ośrodek funkcjonuje w Pradze, pacjenci niejako są wykorzystywani i przepłacają, mówiąc w dużym skrócie.

No i wracam jeszcze trochę do finansowania. Co to powoduje? Mamy budżet na poziomie 80 miliardów zł. Koszt radioterapii w całości to prawie 1 miliard zł, co stanowi nieco ponad 1% wszystkich wydatków na świadczenia. Wiemy już dzisiaj, i to wynika z tego raportu, który został sporządzony, że te przewidywane koszty samych świadczeń, które poniósłby NFZ, w ogóle nie mają istotnego wpływu na wydatki NFZ, a trzeba zwracać uwagę przede wszystkim na to, jak to wpływa na jakość życia pacjentów. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.

Czy pani również chciałby zabrać głos?

(*Prezes Zarządu Stowarzyszenia Pacjentów Leczonych Radioterapią Barbara Ulatowska*: Ja jeśli chodzi…)

Proszę bardzo.

Prezes Zarządu Stowarzyszenia Pacjentów Leczonych Radioterapią Barbara Ulatowska:

Bardzo dziękuję, że pacjenci leczeni radioterapią mogą być wysłuchani w tak zacnym gronie.

Ja reprezentuję Stowarzyszenie Pacjentów Leczonych Radioterapią, które ma swoją siedzibę w Poznaniu i jest organizacją ogólnopolską.

Czym się zajmujemy? W debacie publicznej na temat onkologii zwracamy uwagę m.in. na ogromne znaczenie radioterapii w skutecznym zwalczaniu nowotworów. Radioterapia, według sprawozdania Ministerstwa Zdrowia o realizacji narodowego programu walki z nowotworami, dotyczy ok. 60% pacjentów dotkniętych nowotworami złośliwymi. A trzeba pamiętać, że radioterapię stosuje się w leczeniu najczęściej występujących nowotworów złośliwych.

Zwracamy uwagę na to, że rośnie liczba pacjentów wymagających tych metod leczenia. W najbliższych 5 latach, według przewidywań ekspertów, liczba pacjentów onkologicznych wzrośnie o 15%, a w ciągu 10 lat aż o 28%. W związku z tym wskazania do zastosowania radioterapii prawdopodobnie obejmą aż 100 tysięcy pacjentów rocznie.

Chciałabym zwrócić uwagę na liczbę pacjentów poddanych radioterapii w wybranych ośrodkach onkologicznych. To są te ośrodki, które przystąpiły do projektu INPRONKO: Wielkopolskie Centrum Onkologii – blisko 6 tysięcy pacjentów rocznie; Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – prawie 4 tysiące pacjentów; ośrodek w Zielonej Górze – blisko 2 tysiące pacjentów; Dolnośląskie Centrum Onkologii – 4 tysiące 200 pacjentów; i ośrodek w Opolu – ponad 1 tysiąc pacjentów.

Wypowiadając się w debacie publicznej, podkreślamy, że polska onkologia powinna dążyć do podnoszenia standardów według wytycznych Europejskiego Stowarzyszenia Radioterapii Onkologicznej. Bo takie są potrzeby rozwoju innowacyjnej radioterapii. Każdy z ekspertów, który wypowiada się na temat efektywności leczenia nowotworów, zwraca uwagę na to, że mamy znacznie gorsze wyniki niż w krajach Europy Zachodniej, jeżeli chodzi o 5-letnie przeżycie. W Europie to jest 48,3%, w Polsce – 38,4%.

O tym, że pacjenci są zmuszeni korzystać z turystyki medycznej i wyjeżdżają do Monachium i Pragi, mówił już mój przedmówca, pan Szymon Chrostowski, który reprezentuje całe środowisko chorych onkologicznych zrzeszone w Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. No, bardzo się cieszę, że mamy wsparcie ze strony polskiej koalicji. Oczywiście, to jest jasne i nie budzi wątpliwości, ponieważ 60% wspomnianych pacjentów korzysta z leczenia radioterapią.

Udzielamy absolutnie pełnego poparcia dla tego planowanego postępu w radioterapii. I dane z rejonu zachodniej Polski wyraźnie pokazują, że ten ośrodek… Nie mówię już o potencjale centrów onkologii w zachodniej Polsce. Ale te dane pokazują, że powinniśmy mieć w tym rejonie jeden nowy ośrodek protonoterapii.

Pacjenci w lipcu ubiegłego roku na spotkaniu, które zostało zorganizowane przez Wielkopolskie Centrum Onkologii, po zapoznaniu się z projektem INPRONKO w pełni poparli ten projekt i apelują do ministra zdrowia o działania na rzecz poprawy dostępności innowacyjnych technik leczenia onkologicznego, w tym protonoterapii. I do tego nie trzeba przekonywać, wystarczy posłuchać ekspertów. Zresztą Ministerstwo Zdrowia, odpowiadając na nasze wystąpienia, nie mówi nie, tylko bardzo ostrożnie liczy wyceny świadczeń z budżetu na rzecz leczenia protonoterapią. Jest już lista wskazań, które są refundowane. Dosyć długo

trwa tworzenie listy kolejnych wskazań. Zresztą chciałabym zwrócić uwagę na to, że bardzo krytycznie na temat czasu trwania tych wycen wypowiedziała się Najwyższa Izba Kontroli w raporcie opublikowanym 2 lutego w tym roku, w przeddzień Światowego Dnia Walki z Rakiem.

No i koniecznie chciałabym powtórzyć, że protonoterapia stworzy nowe szanse w leczeniu nowotworów u dzieci, zmniejszy ograniczenia w leczeniu nowotworów umiejscowionych w pobliżu tkanek krytycznych – to wiemy od ekspertów – w szczególności nowotworów regionu głowy i szyi. Ponadto, co jest niezmiernie ważne, protonoterapia jest ratunkiem dla pacjentów po radioterapii konwencjonalnej, którzy mają wznowę nowotworu. Bo do tej pory trudno było tym pacjentom oferować jakąś metodę leczenia.

Pozwalam sobie jeszcze zwrócić uwagę na korzyści, jakie widzą pacjenci. Ale to nie są tylko korzyści indywidualne, to są korzyści również w postaci efektów społeczno-ekonomicznych. Tak więc mówimy o wysokiej precyzji, skuteczności leczenia, bezpieczeństwie dla zdrowych tkanek i szansach na szybszy powrót do aktywności życiowej i zawodowej. A z punktu widzenia społeczno-ekonomicznego korzyścią jest skrócenie okresu leczenia, a przez to też zmniejszenie nakładów na świadczenia socjalne z tytułu zasiłków chorobowych, rehabilitacyjnych, rent, wcześniejszych emerytur i zasiłków socjalnych.

Korzystając z okazji, chcielibyśmy też zwrócić uwagę na to, że dążenia do tego, żeby powstała sieć ośrodków radioterapii w Polsce to jest… Tu udzielamy pełnego poparcia inicjatywom centrów onkologii, które albo już zbudowały, albo chcą budować ośrodki, po to, żeby decentralizować radioterapię, żeby pacjent nie musiał codziennie jeździć 100 kilometrów na naświetlania.

No, a jeśli chodzi o to, jaka jest skuteczność radioterapii, to państwo, którzy pracują w ochronie zdrowia, i wyleczeni pacjenci, tacy jak ja, doskonale wiedzą o tym, że można wrócić do pełnej aktywności życiowej i zawodowej.

Co do projektu INPRONKO, to wydaje się… To znaczy nie tyle się wydaje, ile jesteśmy przekonani, że to jest nie tylko otwarcie nowego leczenia dla pacjentów, lecz także szansa na rozwój szeregu instytucji naukowych, poszerzenie badań w zakresie onkologii. A ponadto jeżeli ten ośrodek, który powstanie – bo mamy nadzieję, że powstanie – będzie obsługiwał 5 centrów onkologii w Polsce, co najmniej 5, takie są plany, to pacjenci będą mogli nadal korzystać ze swoich, że tak powiem, rodzimych, regionalnych ośrodków i będą pod stałą opieką tych lekarzy, do których mają zaufanie i którzy ich skierowali do leczenia protonoterapią w ośrodku w Poznaniu.

Bardzo państwu dziękuję, że mogłam przedstawić głos 90 tysięcy pacjentów rocznie leczonych radioterapią. A ponieważ żyje milion pacjentów wyleczonych z chorób nowotworowych – bo tyle nas jest, co wynika z rejestru nowotworów w Polsce – to proszę sobie wyobrazić, ilu z tych ludzi może nadal normalnie funkcjonować. Bardzo dziękuję za uwagę.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Bardzo dziękuję pani za wypowiedź. Może… Przyszła mi do głowy taka refleksja, taki komentarz. Od początku, także jako onkolog współpracuję na miejscu z organizacjami pacjentów, no, tu, w Senacie, mam kontakt z różnorodnymi grupami i stwierdzam, że państwo z roku na rok stajecie się coraz bardziej profesjonalni, w przedstawianiu problemów bierzecie pod uwagę także czynniki społeczno-ekonomiczne. I tu nasze uznanie.

Niech takim wyrazem uznania dla organizacji pacjentów będzie też fakt, że w maju będziemy mieć posiedzenie Komisji Zdrowia, na którym będziemy słuchać problemów pacjentów hematoonkologicznych i pacjentów z rakiem płuc. To tak między posiedzeniami komisji, które musimy poświęcać na legislację, na ustawy. A tak poza…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Pan mówił o tym, że robicie coś… że nie wiecie, czy wolno czy nie wolno…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Rozmowy na sali*)

Ekspert do spraw Akceleratorów w Narodowym Centrum Badań Jądrowych Jacek Pracz:

Ona świetnie pasuje. Muszę pani powiedzieć, że ja jednocześnie, w ramach hobby, zajmuję się muzyką. Gramy m.in. „Lot trzmiela". A ta teoria dotyczy właśnie trzmiela. Chodzi o to, że trzmiel nie powinien latać, ponieważ jest za ciężki. Ale okazuje się, że jednak lata. Dlaczego? Bo nie wie, że nie powinien. Tak więc u nas jest podobna sytuacja, to się zgadza. (*Wesołość na sali*)

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.

A czy mogę mieć jeszcze pytanie, teraz już nie jako senator, a jako onkolog, korzystając z tego, że są tutaj profesorowie? Moje takie, że tak się wyrażę, zawodowe hobby albo podspecjalizacja to rak piersi, zajmuję profilaktycznymi badaniami i follow-upem pacjentów po leczeniu onkologicznym od 25 lat i rzeczywiście obserwuję u swoich pacjentów problemy sercowe. Przez parę lat wszystko fajnie, fajnie, nagle słucham i słyszę w sercu szmer, którego przedtem nie było. Potem kardiolog itd., wszystko się zaczyna. I mam takie wątpliwości lekarskie: czy panie w wieku, no, powiedzmy, senioralnym, biologicznie różnie to oceniamy, ale, powiedzmy, powyżej sześćdziesiątego piątego czy siedemdziesiątego roku życia, u których raka piersi wykrywamy przecież bardzo często, i wykrywamy go często w pierwszym i drugim stopniu zaawansowania… Proponujemy oczywiście, bo teraz już jest taki trend, leczenie oszczędzające, które się nieodłącznie wiąże z radioterapią. Czy może jednak u tych kobiet już starszych, którym, przepraszam, że to powiem, ale może już tak bardzo na urodzie nie zależy… Bo problem młodych kobiet z rakiem piersi jest nieco inny niż kobiet, no, w pewnym wieku. Czy powinniśmy tak na siłę namawiać na te operacje oszczędzające, zwłaszcza lewej piersi, w przypadku której jednak jest to promieniowanie na serce i na całą tę okolicę? To takie mam wątpliwości. Oczywiście postępuję zgodnie

ze standardami i najważniejsza jest tu też wola pacjentki, stan ogólny i to, czy są warunki do przeprowadzenia takiej operacji. Ale najczęściej są, bo piersi kobiet starszych są już takie, że te kobiety nawet same szybko sobie wyczuwają małe guzki. No, taka jest natura.

Ordynator Oddziału Radioterapii Onkologicznej I z Izbą Przyjęć w Wielkopolskim Centrum Onkologii Piotr Milecki:

Może ja spróbuję w jakiś sposób odpowiedzieć. Tak, rzeczywiście problem wyboru między tzw. zabiegiem oszczędzającym a usunięciem piersi generalnie sprowadza się głównie do efektu kosmetycznego. Dlatego że wyniki badań randomizowanych nie pokazały, aby BCT, czyli właśnie *breast conserving therapy*, czyli ta terapia oszczędzająca pierś, w przypadku której standardem jest przeprowadzenie radioterapii po zabiegu operacyjnym, wydłużała przeżycie w stosunku do mastektomii czy na odwrót. Jeśli chodzi o przeżycie, to te metody są ekwiwalentne. Różnicuje je jedynie kwestia jakości życia. I rzeczywiście, tak jak pani senator powiedziała, w sytuacji młodszych pań ten element właściwie kosmetyczny, bo głównie o to tu chodzi, jest dominujący w przypadku wyboru tego sposobu oszczędzającego. A im, że tak powiem, tych lat jest więcej, tym rzeczywiście mniej ten element kosmetyczny…

Tu jeszcze dochodzi taki element fizjologiczny, dlatego że usunięcie piersi trochę zaburza równowagę, że tak powiem, masy. No, niewiele, ale różnie to wygląda. I w dłuższym okresie obserwacji – a, tak jak powiedziałem, możliwości przeżycia akurat w przypadku tego stopnia zaawansowania będą dobre, spodziewany czas przeżycia będzie długi – może to powodować pewne deformacje natury ortopedycznej w kręgosłupie. Ale to jest jeden aspekt już taki czysto medyczny.

No, jest też kwestia tego, że lekarze – głównie chirurdzy, bo to chirurdzy przeprowadzają tę rozmowę z pacjentką – działają może trochę tak… no, nie chcę powiedzieć… tak trochę z automatu. I to rzeczywiście może powodować, że tych operacji jest więcej, niż powinno być. Pacjentki nie do końca też rozumieją różnicę między jednym a drugim podejściem, między jakby filozofią jednego i drugiego podejścia. No bo myślą, że skoro to jest leczenie oszczędzające, to znaczy, że wyniki onkologiczne będą jakieś cudownie lepsze, dużo lepsze. Tymczasem akurat na tym poziomie to jest ekwiwalent. Tak więc myślę, że tutaj problem tkwi w tym, że nie zawsze lekarz… Może ktoś inny powinien przeprowadzić taką, no, dogłębną rozmowę i wytłumaczyć wszystko pacjentce, zanim ona też w jakiś sposób podejmie decyzję o sposobie leczenia.

Troszeczkę ulega to zmianie za sprawą wprowadzonych konsyliów interdyscyplinarnych, w których biorą udział też radioterapeuta i chirurg, a także coraz częstszego, że tak powiem, wprowadzania na mapę naszego kraju tzw. *Breast Units*, gdzie jakby w standardzie jest taka rozmowa z pacjentką przed leczeniem, kiedy przedstawia się różne opcje leczenia. Bo tu rzeczywiście są 2 różne możliwości leczenia. I wtedy pacjentka ma czas na jakieś przemyślenie wszystkiego i na wybranie tej możliwości, która… No, bo tutaj samo kryterium wieku nie powinno być kryterium determinującym wybór tej czy tej metody. Ale to, co pacjentka…

(*Głos z sali*: Chodzi o resztę…)

Tak, chodzi o resztę. Ponadto to, co pacjentka, że tak powiem, ma w głowie, to, co słyszy z mediów… No, bo jest wiele różnych źródeł informacji, które docierają do głowy pacjentki. I teraz chodzi o to, żeby fachowy pracownik służby zdrowia, opieki zdrowotnej potrafił i miał czas przeprowadzić z tą pacjentką rozmowę i wytłumaczyć w czym… I wtedy rzeczywiście prawdopodobnie takich zabiegów byłoby mniej, może mniej byłoby radioterapii. Ale tego tak naprawdę nie wiemy. Na tę chwilę jest, jak jest. Ale rzeczywiście zmiany idą w takim kierunku, że, tak jak powiedziałem, w coraz większym stopniu będziemy słuchać głosu pacjenta, zasięgać opinii pacjenta. Taka sytuacja ma już miejsce właśnie w przypadku raka piersi – coraz częściej zaczyna tak być – raka płuca, w raka głowy i szyi…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak. …Raku gruczołu krokowego, pęcherza moczowego, czyli tych nowotworów, w przypadku których są 2 czy czasami 3 różne podejścia, z punktu widzenia przeżycia niewiele się różniące. Ale czasami z innego punktu widzenia różnica między nimi może być nawet bardzo duża. Tak że to jak najbardziej trafny punkt. Niemniej jednak myślę, że to wszystko też ewoluuje. W naszych głowach, jako lekarzy, ale również w głowach pacjentek.

Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:

Dziękuję bardzo.

To ja jeszcze tylko pozwolę sobie już tak anegdotycznie dodać, że ja, jeżeli mam do przyjęcia pacjentkę ze świeżo rozpoznanym rakiem piersi, to już moja rejestracja tak mi ustawia pracę, że ja mam na nią czas. Tyle czasu, ile ona wymaga. I ja bym nawet niektóre panie przekonała do tego, że lepsza będzie amputacja. Ale taka pacjentka potem pójdzie do chirurgów i chirurdzy mnie wyśmieją.

Czy ktoś z państwa… Może pani z ministerstwa? Czy ktoś jeszcze ma jakieś pytania, uwagi?

Skoro nie, to bardzo dziękuję wszystkim za udział w posiedzeniu komisji. Życzę szczęśliwego powrotu do domu. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie komisji.

A obecnym senatorom przypominam jeszcze, że o godzinie 15.30 wyjeżdżamy na studyjne posiedzenie.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 04)

Kancelaria Senatu
Opracowanie:
Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów
Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii