

X kadencja



# KANCELARIA SEJMU

## Biuro Komisji Sejmowych

### PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ONKOLOGII

(NR 21)

z dnia 22 stycznia 2026 r.

**Komisja  
Zdrowia**



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 21)

22 stycznia 2026 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Tomasza Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– **informację na temat kierunków rozwoju medycyny nuklearnej, z uwzględnieniem terapii radioligandowej.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Agnieszka Molenda-Wisniewska** dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Jarosław Gruszka** p.o. kierownik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Monika Zakrzewska** naczelnik Wydziału Higieny Radiacyjnej w Departamencie Bezpieczeństwa Zdrowotnego Człowieka w Środowisku Głównego Inspektoratu Sanitarnego, **Andrzej Kołodziejczyk** prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej wraz ze współpracownikami, **Rafał Czepczyński** – prezes elekt, sekretarz Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej, **Leszek Królicki** konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej, **Marek Dedecjus** kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej Narodowego Instytutu Onkologii, **Witold Cholewiński** kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu, **Justyna Chałubińska-Fendler** sekretarz Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Anna Jasińska** rzecznik Medycznej Racji Stanu.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter** i **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

## **Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii.

Witam członków podkomisji, koleżanki i kolegów parlamentarzystów; zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat kierunków rozwoju medycyny nuklearnej, z uwzględnieniem terapii radioligandowej. Tę informację będzie przedstawiał nam przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, po czym przystąpimy do dyskusji. Temat naszego dzisiejszego spotkania był też dosyć mocno oczekiwany przez państwa, zwłaszcza przez środowisko przedstawicieli medycyny nuklearnej – dziedziny, która się rozwija bardzo szybko i jest bardzo przydatna nie tylko w diagnozowaniu, ale również w leczeniu chorób onkologicznych, także dotyczących kardiologii i pediatrii, neurologii. Jest to, zdaje nam się wszystkim, wielka przyszłość, jeżeli chodzi o diagnostykę i leczenie. Właśnie chcieliśmy o tym dzisiaj porozmawiać.

W związku z tym przystąpimy do porządku naszego dzisiejszego spotkania. Informuję, że materiały zostały wysłane na maile państwa posłów i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Są również dostępne dzisiaj w formie papierowej. Informuję, że minister zdrowia upoważnił do reprezentowania stanowiska ministra zdrowia panią dyrektor Agnieszkę Molendę-Wisniewską, dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia, oraz panią naczelnik Joannę Kujawę, naczelnik Wydziału Zdrowia Środowiskowego w Departamencie Zdrowia Publicznego MZ.

Bardzo proszę przedstawiciela ministra zdrowia o przedstawienie informacji.

## **Naczelnik Wydziału Zdrowia Środowiskowego w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Joanna Kujawa:**

Dziękuję bardzo, szanowny panie przewodniczący.

Szanowni państwo posłowie, szanowni państwo, medycyna nuklearna jest dziś jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin nowoczesnej ochrony zdrowia. Obejmuje ona zarówno

zaawansowane procedury diagnostyczne, jak i coraz szerzej stosowane procedury terapeutyczne, które w sposób istotny zmieniają standardy postępowania, szczególnie w onkologii.

W diagnostyce medycyna nuklearna oferuje unikalną możliwość oceny czynnościowych aspektów i procesów chorobowych. Mówimy tu o analizie ekspresji receptorów, aktywności metabolicznej komórek czy innych procesów molekularnych, które często wyprzedzają zmiany anatomicznie widoczne w klasycznych badaniach obrazowych. Dzięki temu możliwe jest znacznie wcześniejsze i bardziej precyzyjne rozpoznanie choroby oraz lepsze zaplanowanie leczenia. Najlepszym przykładem jest pozytonowa tomografia emisyjna, czyli badanie PET, które stało się dziś nieodzownym narzędziem nowoczesnej diagnostyki onkologicznej.

W obszarze leczenia medycyna nuklearna umożliwia praktyczną realizację koncepcji teranostyki, czyli połączenia diagnostyki i terapii w jeden spójny proces kliniczny. Istotą tego podejścia jest wykonanie badania diagnostycznego, którego wyniki bezpośrednio decyduje o kwalifikacji chorego do konkretnej formy leczenia. Tak rozumiana precyzyjna kwalifikacja pacjenta oraz monitorowanie skuteczności tej terapii mają nie tylko wymiar medyczny, ale również etyczny i farmakoekonomiczny.

W procedurach medycyny nuklearnej zasada teranostyki realizowana jest dzięki zastosowaniu radiofarmaceutyków diagnostycznych i terapeutycznych o bardzo zbliżonych właściwościach biologicznych. Pozwala to z dużą dokładnością ocenić, czy dany lek radioizotopowy będzie rzeczywiście gromadził się w ogniskach chorobowych. Co więcej, możliwe jest indywidualne określenie skutecznej dawki terapeutycznej nie tylko dla konkretnego pacjenta, ale nawet dla poszczególnych zmian chorobowych przy jednoczesnej ocenie narażenia narządów krytycznych, takich jak nerki czy szpik kostny.

Szczególną grupą tych procedur są terapie radioligandowe. Są one klinicznie skuteczne, technologicznie dojrzałe i w najbliższych latach ich znaczenie będzie systematycznie rosło. W Polsce obecnie 12 ośrodków medycyny nuklearnej jest przygotowanych do rozpoczęcia takiego leczenia. Bariery rozwoju dotyczą przede wszystkim zakresu kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz refundacji, a także dalszego rozwoju bazy aparaturowej i kadrowej. Warto podkreślić, że obecnie terapie radioligandowe są w większości przypadków realizowane jako jedna z ostatnich linii leczenia w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych lub badań klinicznych. Wyjątek stanowi leczenie guzów neoandrokrzynnych, które funkcjonuje w ramach programu lekowego.

Tymczasem sama specyfika terapii radioligandowych istotnie różni się od chemioterapii czy radioterapii, co uzasadnia potrzebę stworzenia jednolitego dedykowanego programu lekowego, uwzględniającego ich odrębność organizacyjną i kosztową. Przyjęcie zatem, jako kierunku rozwoju medycyny nuklearnej, szerokiego wprowadzenia terapii radioligandowych oznacza, że dojdzie do rozszerzenia zakresu stosowania procedur z zakresu medycyny nuklearnej, w tym wprowadzenia produkcji radiofarmaceutyków w ramach procedury typu „na własny użytek” i zabezpieczenia odpowiedniej infrastruktury aparaturowej i łóżkowej. Dojdzie do opracowania najprawdopodobniej niezależnego od innych programu lekowego, dotyczącego terapii radioligandowych z uwzględnieniem roli zakładów medycyny nuklearnej jako wiodących ośrodków prowadzących i odpowiedzialnych za realizację procedur; uwzględnienie w finansowaniu procedury nie tylko ceny radiofarmaceutyku terapeutycznego, ale również wszystkich dodatkowych elementów związanych z kwalifikacją i prowadzeniem chorego, w tym badania diagnostyczne, dozymetrię, ochronę radiologiczną. Rekomendowany przy takich zmianach i innowacyjnej metodzie będzie krajowy rejestr wyników terapii radioligandowej dla upowszechnienia wyników i metody stosowanej.

Wprowadzenie powyższego uzależnione jest od propozycji przygotowania rozwiązań systemowych, rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz decyzji o ich wdrożeniu w sposób oczywisty zależnej od dostępności finansowania. Te informacje, które państwu przedstawiłam, zostały przygotowane w oparciu o informacje konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny nuklearnej, pana prof. Leszka Królickiego. Tak naprawdę odzwierciedlają taką kluczową definicję działań, które możemy stosować w realizacji leczenia u pacjentów chorych onkologicznie. Dziękuję. Z mojej strony wszystko.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo, pani naczelnik.

Wiemy, że przygotowane przez państwa są dwie prezentacje. Jako pierwszy pan profesor Czepczyński, tak? Bardzo proszę, panie profesorze.

## **Sekretarz Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej – prezes elekt Rafał Czepczyński:**

Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, chciałbym serdecznie podziękować za możliwość przedstawienia możliwości medycyny nuklearnej na forum parlamentarnym. Rzadko to się zdarza, ponieważ jesteśmy dyscypliną dosyć wąską, ale potrzebną dużym grupom chorych z różnych specjalizacji. Ja pozwoliłem sobie przygotować taki krótki materiał w postaci prezentacji, abyśmy wszyscy dobrze rozumieli, o czym mówimy, aby państwo, którzy nie mają na co dzień do czynienia z medycyną nuklearną, mieli lepsze pojęcie o naszych problemach, ale także o perspektywach naszego rozwoju.

Medycyna nuklearna to jest dziedzina, która zajmuje się zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, które podaje się pacjentowi w celu albo diagnostycznym, albo terapeutycznym. To, jaki to będzie cel, jest uzależnione od izotopu radioaktywnego, który jest przyłączony do cząsteczki radiofarmaceutyku. Radiofarmaceutyk to jest taki nasz kluczowy składnik, który z jednej strony posiada ligand, czyli substancję, która wiąże się specyficznie z tkanką nowotworową albo z inną tkanką – zależy, o czym tutaj mówimy. Drugim ważnym elementem jest izotop radioaktywny. Jeżeli tym izotopem radioaktywnym będzie emiter pozytonów, to wtedy możemy bardzo precyzyjnie zlokalizować zmiany nowotworowe, do których ten radiofarmaceutyk się przyłączył. Jeżeli już jesteśmy w stanie to zobrazować, to możemy tę samą substancję wyznakować emiterem promieniowania beta lub alfa i wtedy powodujemy napromienienie tej tkanki. A więc jest to bardzo precyzyjne, celowane leczenie, które może dotyczyć różnych okolic ciała. Nie jest to, tak jak w radioterapii, ograniczone do jednego czy dwóch miejsc w organizmie.

Możemy ocenić skuteczność terapii radioligandowej, która umożliwia nam to, w kolejnym badaniu PET – u tego pacjenta widzimy, jak większość tych rozsianych zmian raka prostaty została zlikwidowana. Wręcz powstało pojęcie teranostyki, które jest powiązaniem słów terapia i diagnostyka, aby podkreślić, że te dwie gałęzie są połączone tutaj w tej jednej cząsteczce radiofarmaceutyku. Jest to bardzo perspektywiczna dziedzina wiedzy, ponieważ możemy sobie uświadomić, że ponad 200 projektów badawczych na całym świecie jest prowadzonych nad rozwojem nowych terapii radioligandowych. To dotyczy nie tylko raka prostaty, jak w tej chwili jest to naszym głównym tematem, ale również innych nowotworów, które państwo mają na tym zdjęciu. Widać też na tym wykresie, jak bardzo będzie rósł globalny rynek teranostyczny, jak wiele miliardów dolarów będzie na świecie wydawanych na cele rozwoju tych terapii i ich zastosowania w konkretnych przypadkach onkologicznych.

Medycyna nuklearna to dziedzina interdyscyplinarna, bo my służymy nie tylko pacjentom onkologicznym, ale też pomagamy w diagnostyce chorób neurologicznych, kardiologicznych, endokrynologicznych, a więc konieczna jest tu współpraca naszego środowiska ze specjalistami z wielu dziedzin. Przykładem takiej współpracy są zalecenia dotyczące stosowania pozytonowej tomografii emisyjnej w onkologii, które 2 lata temu zostały opracowane pod przewodnictwem pana prof. Królickiego, który tu koło mnie siedzi, pana prof. Macieja Krzakowskiego, konsultanta krajowego w zakresie onkologii i kilku ekspertów z czterech towarzystw naukowych. Tak więc ta współpraca jest dla nas kluczowa i ona się rozwija. Widzimy też pierwsze efekty. Bardzo jest nam miło powiedzieć, że od stycznia, tego miesiąca, mogliśmy rozszerzyć zakres badań PET refundowanych przez NFZ o cały szereg nowych wskazań i wreszcie tacy pacjenci jak: pacjentki z guzami narządów rodnych, pacjenci z guzami neuroendokrynnymi i przede wszystkim chorzy z rakiem prostaty są już zaopiekowani w tym sensie, że mogą mieć badania PET i mają wykonywany PET na koszt NFZ. Za to bardzo chciałbym podziękować przy tej okazji wszystkim osobom, które nas wspierały w dążeniach do uzyskania tych nowych refundacji. Proces ten trwał dosyć długo, ale zakończył się sukcesem, tak że bardzo dziękuję.

Polska medycyna nuklearna nie jest specjalnie rozbudowaną dziedziną. Mamy około 75 zakładów i wykonują one około 200 tys. procedur rocznie. To jest dużo czy mało? Trudno powiedzieć, ale dynamika jest wyraźna. Liczba badań permanentnie rośnie z roku na roku i w tej chwili możemy mówić już o ponad 100 tys. badań PET rocznie w skali całego kraju, co daje około 30 badań na 10 tys. ludności. To jest dosyć dużo, ale wciąż brakuje nam do poziomu krajów Europy Zachodniej, takich jak Niemcy, Francja czy Wielka Brytania, gdzie tych badań jest kilkakrotnie więcej. Tak że dobrze się rozwijamy, ale wciąż jest margines, ciągle jeszcze jest pole do perspektywnego rozwoju naszej dziedziny. Wyposażenie jest już też całkiem niezłe. Mamy około 40 skanerów PET w całej Polsce. Powinno być ich jeszcze więcej, ale w tej chwili nie jest to główną bolączką. Mamy dalsze możliwości rozwoju – musimy pamiętać, cieszymy się bardzo,

że Polska jest w uprzywilejowanej sytuacji, ponieważ ma Narodowe Centrum Badań Jądrowych w Świerku i jest to silny ośrodek naukowy rozwoju radiofarmaceutyków. Tam powstają nowe związki, które są testowane w naszych ośrodkach w postaci badań klinicznych, a następnie są sprzedawane nie tylko do Polski, ale do kilkudziesięciu krajów na różnych kontynentach przez firmę POLATOM, która jest spółką Narodowego Centrum Badań Jądrowych. Poza tym Agencja Badań Medycznych przydzieliła kilka ważnych grantów w dziedzinie onkologii, które to granty koncentrują się na korzystaniu z izotopów radioaktywnych w onkologii.

Jeżeli chodzi o to, jak możemy poprawić dostęp do procedur medycyny nuklearnej dla polskiego pacjenta, to tu jest kilka takich podstawowych tematów, które należy zaadresować. Finansowanie, kadry, limity, które trochę nam utrudniają, ponieważ nie jesteśmy w stanie wykorzystać w pełni możliwości naszych zakładów, kiedy mamy limity NFZ nałożone na kontrakty. I wprowadzanie nowych procedur, o czym mówiła już przedstawicielka ministerstwa. Cieszymy się, że nowe procedury systematycznie są wprowadzane na nasz polski rynek. Jest to zawsze z paroletnim opóźnieniem w stosunku do innych krajów, ale proces się toczy w pozytywnym kierunku. Tak że ta terapia radioligandowa z użyciem PSMA ligandu znakowanego lutetem jest podobno tym game changerem, bo pozwala na wydłużenie przeżycia u pacjentów z rozsiałym rakiem prostaty. Tutaj naszą troską jest zapewnienie właściwego finansowania tej terapii, bo jeżeli my zakontraktujemy tę terapię, podczas gdy otrzymamy refundację za sam koszt leku, a nie uwzględnimy kosztów takich jak procedury kwalifikujące, koszty porad, czy też dozymetrii, o której pani była łaskawa również wspomnieć, to wtedy możemy się spotkać z sytuacją, że szpitale nie będą zainteresowane kontraktowaniem tej bardzo pożytecznej terapii. Jest też problem po naszej stronie – problem kadrowy, że nasi lekarze się starzeją i działamy w tym kierunku, aby zachęcać młodych lekarzy-studentów medycyny do wybierania specjalizacji medycyny nuklearnej. Mam nadzieję, że za kilka lat to zaowocuje nowym narybkiem.

Tak że podsumowując ten wstęp do naszej dyskusji, chciałbym powiedzieć, że korzyści ze stosowania teranostyki to to, że my celujemy w ogniska rozsiane w różnych częściach organizmu. Jest to bardzo precyzyjna diagnostyka PET, po której następuje bardzo skuteczna terapia radioizotopowa. Ta terapia, zastosowana odpowiednio wcześniej, pozwala na uzyskanie dobrych efektów, przedłużenie czasu życia, poprawę komfortu tego życia. Ogólnie w medycynie nuklearnej nie jesteśmy konkurencją dla radiologii. Uzupełniamy możliwości radiologiczne przez to, że jesteśmy w stanie wykryć precyzyjnie zmiany na bardzo wczesnym etapie, a więc onkolog może wdrożyć leczenie już w momencie bardzo wczesnym, gdy ta terapia – jakkolwiek by była brana pod uwagę – będzie najskuteczniejsza i daje szansę na pełne wyleczenie. Dziękuję państwu za uwagę.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Chyba mamy drugą prezentację przygotowaną przez pana prof. Dedecjusza, tak? Bardzo proszę.

**Kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej Narodowego Instytutu Onkologii Marek Dedecjus:**

Tak jest.

Panie przewodniczący, Wysoka Podkomisjo, szanowni państwo, dziś reprezentuję tutaj Narodowy Instytut Onkologii i Polskie Towarzystwo Onkologiczne. Bardzo gorąco chciałbym wesprzeć kolegów starających się o dalszy rozwój medycyny nuklearnej. Ponieważ czasami obrazy są warte więcej niż słowa, moja prezentacja będzie bardzo krótka.

To jest pacjent zero, którego leczylimy w Instytucie Onkologii. Pierwsze leczenie, jakie się odbyło, jeśli chodzi właśnie o zastosowanie PSMA ligandu w leczeniu raka prostaty. To jest pacjent, który był leczony, zależy jak liczyć, w 9 albo 10 linii terapii. Wszystkie linie zostały wyczerpane i to, co państwo widzicie, to jest obraz PET z PSMA. Wszystko, co czarne z wyjątkiem nerek i ślinianek, to są przerzuty. Tu dołączę się do podziękowań. Od nowego roku możemy badanie PET z PSMA wykonywać w bardzo szerokim zakresie. Jak państwo widzicie, jest to badanie, które pozwala nam zlokalizować bardzo dobrze nowotwór i określić jego stopień zaawansowania. Ten pacjent, jako pierwszy w Polsce w ramach RDTL, został zakwalifikowany do leczenia z ligandem PSMA i to, co państwo teraz widzicie, to kolejne etapy – na zielono zaznaczone są badania PET wykonane u tego pacjenta, a pomiędzy daty kolejnych podań leków. Jak państwo spojrzycie na ten wykres początkowy, czyli bliżej tego motylka, bardziej po mojej lewej stronie,

i na obraz końcowy, to widzimy, że praktycznie wszystkie zmiany nowotworowe wycofały się. Przypomnę jeszcze raz – 10 linia leczenia. Wszystkie linie terapeutyczne wyczerpane.

Oprócz tego pacjenta wykonywaliśmy scyntyografię poterapeutyczną po każdym podaniu leku. To, co państwo widzicie, to jest regresja choroby, wycofywanie się choroby i znowu – od lewej strony jest to po pierwszym podaniu, po ostatnim podaniu na ostatnim przeźroczu, gdzie już tych przerzutów nie ma. Jednocześnie to, co państwo widzicie na dole, to jest wykres, co się działo z PSA. PSA stopniowo zleciało do zera i taki obraz chcielibyśmy widzieć. Oczywiście ja mam świadomość, że czasami jest to szczęście początkującego i nie ma leków onkologicznych, które działają u wszystkich jednakowo dobrze, natomiast to jest ten pacjent, który przynajmniej dla mnie sprawił, że bardzo zaangażowałem się w kwestię tej terapii, bo takich efektów się nie spodziewaliśmy mimo dobrych doniesień z piśmiennictwa, a wiemy z doniesień francuskich, z RPA, niemieckich, że odsetek pacjentów odpowiadających tak dobrze – responderów – to powyżej 40%. To w onkologii jest bardzo dużo. Chcielibyśmy, żeby było 100%, ale 100% praktycznie w medycynie nie ma. W związku z tym bardzo chcielibyśmy prosić o wsparcie w staraniach o program lekowy, bo podawanie skutecznego leku w ostatniej linii leczenia rzadko jest tym najlepszym rozwiązaniem. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Czy ktoś z państwa ewentualnie jeszcze jakieś... Dyskusja będzie, tylko na razie jakby wstęp i informacja. Bardzo proszę.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej Andrzej Kołodziejczyk:**

Dzień dobry. Może się przedstawić. Nazywam się Andrzej Kołodziejczyk, jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej.

Jeszcze tytułem wstępu i może dodatku do tego, co usłyszeliśmy już w wystąpieniach zarówno przedstawiciela MZ, jak i panów profesorów, chciałbym zwrócić uwagę na jedno. Można potraktować to jako dyskusję bądź nie – miód na serce leje mi właśnie sposób, który przyjęty został w relacjach między ministerstwem i zrozumienie przez ministerstwo naszego dążenia.

Natomiast chciałbym zwrócić szczególną uwagę na to, oczywiście dziękując przede wszystkim – może od tego powinienem zacząć – że umożliwiono nam, jako środowisku, branie udziału w takim spotkaniu. Dziękuję panu przewodniczącemu i wszystkim paniom i panom posłom. Chciałbym zwrócić uwagę na jedno – to może nie być koniec, dlatego że rozwój naszej dziedziny uzależniony jest bezpośrednio od technologii. Ja już nie mówię o technologii, która jest związana z aparaturą, która się coraz to nowa pokazuje, ale przede wszystkim mówię o biotechnologiach. O tych naukowcach, którzy pracują w laboratoriach molekularnych nad komórkami, które są charakterystyczne dla niektórych chorób, i właśnie ze względu na te komórki, na te identyfikatory komórek jako jedna z niewielu dziedzin jesteśmy w stanie te identyfikatory – że tak powiem kolokwialnie – zidentyfikować i przeciwko tym identyfikatorom wytoczyć działa. Dlatego to jest bardzo ważne, żeby świadomość była wśród nas taka, że medycyna nuklearna jest medycyną nie tylko personalizowaną, czyli dla konkretnego pacjenta przewidywaną, ale przede wszystkim celowaną. Leczenie komórek chorych z oszczędzaniem komórek zdrowych. Jest to leczenie celowane, zero-jedynkowe. Chciałbym, żeby to wybrzmiało i żeby to było bazą do tego, żebyśmy myśleli o tym, że leczymy nie tylko chorobę, ale przede wszystkim leczymy chore miejsca. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

W związku z tym rozpoczynamy dyskusję. O głos poprosił pan poseł Grzegorz Napieralski. Bardzo proszę, panie pośle.

**Poseł Grzegorz Napieralski (KO):**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Ja dwie sprawy na początek. Przepraszam, za chwilę muszę wyjść, bo mam głosowanie na innej komisji. Po drugie, ja, w przeciwieństwie do grona moich zacnych koleżanek i kolegów, nie jestem lekarzem. Mam dwa pytania.

Jedno pytanie dotyczące chorób onkologicznych. Mówiliśmy też nie tylko później o leczeniu, ale również takiej profilaktyce, żeby można było sprawdzić pacjenta bądź pacjentkę,

czy na przykład coś się złego nie dzieje w jego organizmie – w sensie takim profilaktycznym, dobrze to zrozumiałem?

Drugie pytanie jest takie, bo tam, w tym wykazie metody, było coś takie, że możecie w chorobach neurologicznych też pomagać. Czy mógłbym czegoś więcej się dowiedzieć, bo to też mnie bardzo interesuje. Czyli jak by wyglądała taka diagnostyka? Ja na przykład jestem w takiej, można powiedzieć, grupie ryzyka, ponieważ większość moich najbliższych osób w rodzinie umarło na raka – moi dziadkowie, babcia plus mój tata. Staram się regularnie badać, ale pytanie na przykład, czy taka metoda, o której wy mówicie, nie będzie lepsza, żeby się przeskanować, coś zrobić, żeby sprawdzić, czy coś się nie rodzi. Już jestem po pięćdziesiątce, coś się może wydarzyć – myślę nie tylko o sobie oczywiście. Więc ta profilaktyka zwróciła moją uwagę. Jeżeli mógłbym te dwie sprawy poruszyć, to bardzo proszę.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Jeżeli pan profesor mógłby odpowiedzieć, to bardzo proszę, tylko ja będę udzielał głosu. Bardzo proszę o dyscyplinę.

**Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej Leszek Królicki:**

Na pierwsze pytanie a propos profilaktyki – oczywiście jako profilaktyka wstępna, pierwsza, to badanie jest za drogie. To nie tu.

Nasze badanie znajduje ściśle określone miejsce w całej procedurze diagnostycznej. Na przykład nasze badanie – myślę o badaniu PET z zastosowaniem właśnie tego nowego znacznika – zaczyna odgrywać znaczenie, jeżeli inne badania, łącznie z rezonansem magnetycznym, nie dają jednoznacznej odpowiedzi. Natomiast jeszcze PSA – ten wskaźnik biochemiczny nowotworowy – jest z kolei odpowiednio duży. Ponad nawet 20  $\mu\text{g}$  itd. Dopiero w tej grupie nasze badanie spełnia rolę. Czyli to miejsce nasze jest ściśle określone przez dotychczasowe obserwacje i jest oparte na zarówno czułości, swoistości tej metody, ale również na zasadach farmakoeconomii. Nie możemy zaczynać profilaktyki od tego.

Drugi element, który słusznie został zaznaczony – diagnostyka, kontrola po leczeniu. To jest ważne. Tutaj też mamy ściśle określone wskazania do badania PET i ewentualnie dalszej kontynuacji. Na przykład u pacjentów, u których z powodu raka prostaty zostanie ona całkowicie usunięta, nasze badanie zaczyna się sprawdzać, jeśli stężenie tegoż markera PSA będzie wynosiło ponad 0.2  $\mu\text{g}/\text{ml}$  i inne, tańsze, metody nie będą wykazywały ściśle określonych zmian. Czyli znowu to miejsce jest bardzo dokładnie określone.

Teraz, jeśli chodzi o te inne metody – tak, na przykład badanie neurologiczne służy nam do badania chociażby położenia ogniska padaczkorodnego. Nie chodzi o – tutaj zawsze studentom daję przykład o. Chmielowskiego, który pod hasłem „koń” pisał: „każdy go widział” – rozpoznanie, tylko o lokalizację ogniska padaczkorodnego. Okazuje się, że jeśli zrobimy nasze badanie w chwili prodromalnej przed wystąpieniem napadu, to wówczas dokładnie możemy określić ognisko znacznie zwiększonego przepływu krwi i to ognisko pokrywa się z tym, co neurochirurg – w razie czego, gdyby leczenie farmakologiczne było nieskuteczne – powinien usunąć. To jest taki przykład. To samo dotyczy otępienia. To jest coś, o czym powinniśmy porozmawiać może nawet na następnym etapie. Myślę o epidemii schorzeń otępiennych. Tu również mamy określone schematy. Wiadomo, że w badaniu przepływu krwi czy w badaniu metabolicznym właśnie za pomocą analogów glukozy w Chorobie Alzheimerera mamy szczególny układ – spadek metabolizmu w okolicach ciemieniowo-skroniowych obustronnie. W otępieniu innego tam czołowo-skroniowego ten spadek będzie dotyczył czoła i skroni. W otępieniu z obecnością Lewy’ego – przepraszam za te nazwy czysto neurologiczne – ten wzorec będzie dotyczył skroni, ciemienia i płatów potylicznych. Ale co więcej, mamy również preparaty, które są w stanie uwidocznąć różnego rodzaju patologiczne białka, które prawdopodobnie odpowiadają za wystąpienie otępienia. Myślę tu o betaamyloidzie itd. Dlaczego to jest ważne? Te preparaty do diagnostyki już mamy. Te badania nie były do tej pory stosowane zbyt często. W zasadzie nawet nie występuję do NFZ o ich refundację, ponieważ nie mamy leku na leczenie, ale za chwilę przecież będziemy mieli tego typu lek. Chociażby w Chorobie Alzheimerera. Wtedy ten lek pomoże na początku choroby. Pomoże wtedy, kiedy naszym badaniem pokażemy, że jest amyloid, na który te leki działają, a po drugie, że jeszcze nie doszło do zaników, które będą nieodwracalne. Czyli tutaj ten element medycyny nuklearnej w tym innym zakresie chyba będzie najlepiej zobrazowany. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Pani poseł prof. Chybicka. Bardzo proszę.

**Poseł Alicja Chybicka (KO):**

Dziękuję, panie przewodniczący.

Szanowni państwo, w uzupełnieniu pytania mojego kolegi chcę dopytać, czy na świecie też tak jest? Bo pan przed chwilą powiedział, że musimy jakby patrzeć na farmakoekonomikę, która mnie, jako onkohematologa dziecięcego, doprowadzała do szewskiej pasji i doprowadza nadal. Uważam, że nie ma cenniejszej rzeczy niż życie dziecka, a życie dorosłego jest tym samym, co życie dziecka. Jeśli mamy do czynienia z dorosłym chorym na nowotwór – bo teraz mówiliśmy o dorosłych – to czy rzeczywiście standardy światowe tak mówią, że mamy oszczędzać i to wszystko, co w Polsce jest wstawione na ten szary koniec, że na przykład – to kolejne pytanie jest – w linii szóstej czy tam której pan prof. pokazywał te wyniki, nie na początku.

Dlaczego tak dopytuję? Ponieważ w onkologii dziecięcej, w ostrej białaczce limfoblastycznej, na piątą linię, czyli już ostatnią – właściwie już po piątej, czyli dziecko jest skazane na śmierć – weszły CAR-T Cells, ale co robi światowa onkohematologia, a my w niej jesteśmy? Przystawia to już do pierwszej wznowy. A w ogóle w zamyśle ma to, żeby huknąć tym od razu. Teraz jest pytanie, dlaczego nie ma takiego rozwoju w sytuacji, gdzie to jest troszkę działanie do tej terapii genowej podobne? Bo ten lek wędruje do miejsca, gdzie jest komórka nowotworowa i ją utłucze, mówiąc prostym językiem, zrozumiałym dla tych, którzy mnie tam słuchają – ludzi, którzy chorują, bo sporo ludzi zdalnie ogląda takie rzeczy.

Trzecie pytanie, jakie mi się nasunęło to jest, jakie są działania niepożądane tej terapii? Jednakowoż są to promienie. Czy jest to terapia całkowicie bezpieczna, bo wiadomą jest rzeczą, że na przykład rak prostaty występuje najczęściej u osób starszych z wielochorobowością. Czy te osoby wytrzymają po prostu i wytrzymują to leczenie, choć ten 72-latek po 12 latach choroby, jak zrozumiałam, ma wznowę – zniósł to gładko, powiem szczerze. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

Zaraz panu profesorowi udzielę głosu. Czy ktoś z państwa, czy pan profesor chciałby tutaj odnieść się do pytania? Może pan Czepczyński.

**Sekretarz Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej – prezes elekt Rafał Czepczyński:**

Ja może zacznę od tego pierwszego pytania o rolę badań PET w profilaktyce.

Rzeczywiście były takie próby czynione w bogatych społeczeństwach, na przykład w Japonii, gdzie w jakimś tam departamencie przebadano całą populację. Okazało się, że wiele rzeczy, które wykryto, było zupełnie bez znaczenia. Nie miało to jakiegoś klinicznego skutku. Natomiast okazało się, że to jest bardzo drogie, naraża pacjenta na promieniowanie jonizujące. O tym musimy pamiętać, że naszą naczelną zasadą jest stosowanie promieniowania jonizującego tylko wtedy, kiedy są konkretne wskazania. Nawet ta Japonia nie mogła sobie pozwolić na stosowanie takich badań. Poza tym pamiętajmy, że to co widzimy dzisiaj w badaniu PET – puszcza pacjenta zdrowego bez żadnych zmian, za rok może się okazać, że on już ma guza płuca, który się rozwinął w międzyczasie, więc tak naprawdę musielibyśmy całą populację co rok, dwa badać i narażać ją na promieniowanie. Więc jest to prawda, że na całym świecie nie ma żadnych zaleceń, żeby wykonywać jakiś screening. To w odniesieniu do tego pierwszego pytania.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Pan prof. Królicki.

**Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej Leszek Królicki:**

Jeśli chodzi o drugie pytanie – dlaczego nie na początku, jeśli mówimy, że ta terapia jest taka wspianała.

Ona jest wspianała, bardzo dobra, ale oczywiście również i kosztowna. Ten element kosztowy również musimy brać pod uwagę. Proszę państwa, w przypadku raka prostaty dotychczasowe procedury lecznicze pozwalają wyleczyć około 70% chorych. Więc w tym początkowym okresie naprawdę nie byłoby to do końca uzasadnione. Zresztą wykonywano w RPA – z racji tam

troszeczkę innych przepisów dotyczących bioetyki – tego typu badania i okazało się, że rzeczywiście nie miało to sensu. My mamy się skupić na tej grupie, przynajmniej w tej chwili, kiedy te podstawowe sposoby leczenia, uznane i tańsze, zawodzą. To jest mniej więcej grupa około 20% chorych. Czyli dlatego w tej grupie dopiero to nasze leczenie daje efekty. Natomiast patrzymy na to, trwają właśnie prace, czy nasze leczenie powinno być ostatnim etapem, z czym się nie za bardzo zgadzamy. Natomiast wydaje nam się, że powinny być przedostatnim etapem – po leczeniu hormonalnym powinno nastąpić nasze leczenie, a nie dopiero po chemioterapii. Chemioterapia i wprowadzenie naszego leczenia na sam koniec drastycznie pogarsza efekty tego leczenia. Po prostu choroba jest na tyle zaawansowana, że nawet nasze leczenie tutaj nie jest skuteczne. Tak że staramy się w badaniach klinicznych ustalić, gdzie jest najlepsze miejsce. W tej chwili wydaje się, że przed chemioterapią. Natomiast nie na początku, ponieważ leki hormonalne wyśmienicie u 70–80% pacjentów zdają egzamin.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Pan prof. Dedecjus jeszcze prosił o głos.

**Kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej Narodowego Instytutu Onkologii Marek Dedecjus:**

Tak, prosiłem o głos.

My mamy w tej chwili 10 podań w ramach RDTL i kilkanaście w ramach badań klinicznych. Odsetek powikłań jest niewielki. To co przede wszystkim możemy obserwować, to wpływ na szpik, skoro są przerzuty do kości i dajemy izotop, to ten wpływ istnieje. W związku z tym pilnujemy. Natomiast poważnych powikłań nie obserwujemy. Sami byliśmy zdziwieni. Pacjenci, nieraz w ciężkim stanie, źle znoszący chemioterapię, radioterapię i leczenie celowane, są zdziwieni, jak – nazwijmy to – neutralna jest to terapia. Ale to, co pani profesor podkreśliła, to są ludzie bardzo ciężko chorzy i oni czasami nie dożywają końca terapii ze względów biologicznych, niemających związku z samą terapią, tylko po prostu wyobrażamy sobie – po agresywnym leczeniu pacjent z zaawansowanym wiekiem. Takich pacjentów też mamy, czyli bardzo słusznie pani profesor sugeruje, że ta linia powinna być wyższa. Na jakiej wysokości algorytmu terapeutycznego, zapewne zdecydują badania kliniczne. My bylibyśmy gotowi choćby i zaraz u tych pacjentów podawać, ale trzymamy się zaleceń. Te zalecenia już się zmieniły, bo już onkolodzy położyli wyżej to leczenie i mam nadzieję, że z każdym nowym badaniem klinicznym będzie jeszcze wyżej. My chcielibyśmy, żeby w ogóle było – my nie marzymy, żeby pozycjonować je w tej chwili, tylko żeby stworzyć warunki, żeby było w ogóle w opcji. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

Pan poseł dr Giziński.

**Poseł Włodzisław Giziński (KO):**

Ja właściwie do wszystkich panów profesorów mam pytania, ale jeszcze zacznę od uwagi.

Jestem posłem z Bydgoszczy, ale od wielu lat jestem psychiatrą – od prawie 50 lat – i na marginesie tej mojej psychiatrii, i tego, o czym panowie mówiliście o kosztowym elemencie procesu leczenia. W psychiatrii mamy koszmarny, bardzo zły przykład uwzględniania elementu kosztowego w procesie leczenia schizofrenii. Kiedy wymyślono i wprowadzono na rynek Olanzapinę, była znakomitym, bardzo kosztownym lekiem i do dzisiaj bardzo dobrym. Ale przez wiele lat rozpoczęcie leczenia Olanzapiną było uwarunkowane wcześniejszym leczeniem tradycyjnym neuroleptykiem, co dawało koszmarnie efekty. Odrzucanie leku, który dawał efekty uboczne, rozpoczynanie tej takiej karuzeli – ja sobie zdaję sprawę, że koszty są ważne, ale podaję ten przykład pod rozwagę.

Natomiast powiedziałem, że jestem z Bydgoszczy. Pytanie mam dotyczące tego, jak panowie oceniacie – w postaci Centrum Onkologii, Politechniki Bydgoskiej z wydziałem lekarskim – nasz poziom bydgoski teranostyki i jakie widzicie panowie ewentualnie perspektywy rozwojowe, chociażby w połączeniu z tą bliską obecnością Politechniki Bydgoskiej, rozwijającej się, ostatnio wzbogaconej o wydział lekarski? Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

Myślę, że oceniać poziom tak nie bardzo wypada kolegom lekarzom, ale jeżeli można by się ustosunkować do pytania pana posła, to bardzo proszę.

**Kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej Narodowego Instytutu Onkologii Marek Dedecjus:**

Ja chciałem się ustosunkować do słusznej uwagi.

Najdroższe jest nieskuteczne leczenie, bo nie dość, że zabiera czas, nie daje efektów. W związku z tych chcieliśmy jeszcze dodać, że w naszej terapii – jeżeli mogę tak ją nazwać – automatycznie kontrolujemy odpowiedź na leczenie. Czyli to, co państwo widzieliście, te skany – mamy po każdym podaniu informację, czy jest odpowiedź na leczenie i jeśli jej nie będzie, my oczywiście terapię przerwiemy. To jest też unikalne, bo wiemy, że w większości terapii onkologicznych czekamy czasami na efekt 3, 6, 8 miesięcy, nie mając po drodze żadnej weryfikacji skuteczności poza oglądem morfologicznych w badaniach obrazowych.

Natomiast jeśli chodzi o ośrodek bydgoski, to on jest wręcz wzorem. Tutaj pytanie traktuję jako taką prowokację do komplementów.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

Spodziewałem się takiej odpowiedzi, ale dobrze, że pada z ust pana profesora. Bardzo proszę.

**Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej Andrzej Kołodziejczyk:**

Bardzo chciałbym się dołączyć do tej prowokacji właśnie, ponieważ ośrodek bydgoski był pierwszym ośrodkiem, który wprowadził metodę PET w Polsce i na nim się wzorujemy. Rzeczywiście, jeżeli chodzi o koszty, to są rzeczy niepodważalne, żeby to brać pod uwagę głównie.

Natomiast wracając do tematu umiejscowienia terapii izotopowych i wszelkiego rodzaju procedur izotopowych, chciałbym zauważyć, że niektóre dziedziny onkologii – między innymi właśnie hematologia – tak naprawdę są w tej chwili uzależnione od diagnostyki PET, ponieważ na każdym etapie leczenia hematologicznego decydujemy o tym, czy ta metoda jest skuteczna, czy ją przerwać, czy wprowadzić nową itd. Tak że jesteśmy w tym momencie jakoś zaangażowani bardzo bezpośrednio. Ośrodek bydgoski dołącza się i mam przekonanie o tym, że pan prof. Małkowski, jakby był koło nas, to na pewno by powiedział dokładnie to samo, co my, że wszyscy czekamy na pomoc z państwa strony i na przyjaźń z państwa strony, bo to wszystko robimy dla nas samych również. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Pan prof. Królicki chciał dodać jeszcze.

**Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej Leszek Królicki:**

Ja tylko rzeczywiście krótkie zdanie.

Tak jak koledzy wspomnieli, to był ten pierwszy ośrodek i ten ośrodek był już wtedy budowany w ten sposób, żeby był samowystarczalny. To znaczy poza aparatem PET-CT powstało od razu całe zaplecze do produkcji radiofarmaceutyków. To jest niezwykle ważne. Później okazało się, że mogą być producenci, którzy nam dostarczają te radiofarmaceutyki, ale ośrodek bydgoski jest tym jednym z nielicznych ośrodków, gdzie mogą być prowadzone badania już na poziomie biologicznym, klinicznym, podstawowym bezpośrednio radiofarmaceutyków. Tak że to był ten ogromny plus.

Natomiast jeszcze na zakończenie chciałbym w tym miejscu powiedzieć, że te ogromne zasługi a propos Bydgoszczy, właśnie tego ośrodka, położył pan dyrektor Pawłowicz. Jeśli mówimy o Bydgoszczy, musimy to nazwisko koniecznie wymienić. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

Mam nadzieję, że strona społeczna... Ale najpierw jeszcze parlamentarzyści. Oczywiście pamiętam o państwie. Pan poseł dr Czesław Hoc.

### **Posel Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Ja zadam wiele pytań. Oczywiście na końcu też spytam się o Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie na ul. Strzałowskiej, czy też o Zakład Medycyny Nuklearnej na ul. Unii Lubelskiej, prowadzony przez panią prof. Bożenę Birkenfeld. Myślę, że też równie dobre i bardzo profesjonalne ośrodki.

Natomiast rozpocznę od tego, co pan prof. Czepczyński rozpoczął – od podziękowania. Uważam, że to my właśnie bardzo dziękujemy państwu jako lekarze z prowincji. Powiedziałbym, że jesteście państwo takimi pionierami czy też w awangardzie, jeśli chodzi o nowoczesne, innowacyjne metody leczenia raka prostaty. Jeśli zważymy na fakt, że około 18–20 tys. corocznie mężczyzn zachorowuje na raka prostaty, a 5,5 tys. rocznie umiera, to jesteśmy też w gronie zainteresowanych bardzo. Nawet na spotkaniu pan prof. Marek Dedecjus tak rozbudził naszą wyobraźnię i chęć poznania tej metody radioligandowej, że z panem przewodniczącym od razu chwyciliśmy ten temat. To jest jedna sprawa. Natomiast dlaczego dziękuję jeszcze specjalnie? Dlatego, że dajecie nam nadzieję, może już fakt, że rak prostaty staje się – może stać się albo stał się już – chorobą przewlekłą, a nie wyrokiem śmierci. To jest wielkie chapeau bas, wielki szacunek dla was, aczkolwiek, jako endokrynolog wiem, że już jest leczenie radioligandowe w terapii nowotworów neuroendokrynnych układu pokarmowego najczęściej. Ale zresztą już jest chyba program lekowy B.139, który jest refundowany. Szczerze mówiąc, myślę, że państwo tak samo tego oczekiwaliście, żeby taki Cancer Unit do prostaty też powstał. Zwracam się do MZ, żebyśmy ścigali się wręcz z Zachodem, żebyśmy włączyli to do refundacji. Teraz z drugiej strony powiem tak – jeśli pan profesor mówi, że 70% jest skuteczności leczenia raka prostaty w leczeniu innowacyjnym, zresztą hormonalnym, to jeśli byśmy w tym ostatnim etapie przed chemioterapią włączyli właśnie radioligandową terapię, to aż nie chcę mi się wierzyć, że mielibyśmy wyleczalność praktycznie 90%. To jest walka o coś, co jest wręcz kosmiczne. Więc warto to realizować.

Oczywiście mam jeszcze pytania w innych kwestiach, trochę może nawet krytyczne w jakimś sensie. Po pierwsze, czy nie macie problemu z radiofarmaceutykami w aspekcie... Pamiętajcie, że chyba była półroczna przerwa Marii – reaktora badawczego. Czy nie ma na rynku jakichś braków? To jest jedna sprawa.

Druga sprawa – mieliśmy też kiedyś takie spotkanie w aspekcie raka prostaty i było coś takiego, że szczerze mówiąc, jak gdyby robiliśmy takie super bardzo celowane badania, właśnie typu rezonansu medycznego z kontrastem gadolinowym czy innym PET, a więc pozytonową tomografię emisyjną, to moglibyśmy wykryć nawet raka 4, 5, 6-milimetrowego. Teraz była taka konstatacja jednego pana profesora, że tak naprawdę, gdybyśmy robili te badania, to byśmy u wielu ludzi wykryli tego raka. Ale on, według towarzystw polskich i europejskich, nie jest do leczenia, tylko do nadzoru aktywnego. Właśnie, trochę się rozwija ta kwestia, bo zawsze chcemy wykryć raka na najwcześniejszym etapie rozwoju, a tutaj wykrywamy, założmy, wczesny etap raka o niskiej złośliwości czy inwazyjności, ale nie leczymy, tylko mamy aktywny nadzór. To mi troszeczkę gmatwa, ale oczywiście rozumiem istotę sprawy.

Co jeszcze – ostatnio chyba ukazała się taka publikacja na temat celowanej terapii mikrofalowej, a więc też niby jest to innowacyjna metoda. Już nie mówię o metodzie HIFU ultradźwiękami itd. Tych metod jest bardzo dużo. Jak byście przekonali państwo wszystkich, bo trzeba przekonywać społeczeństwo, ale przede wszystkim MZ, że ta terapia radioligandowa jest tą terapią z wyboru? To jest taka terapia-wybraniec z tych wszystkich metod, bo rzeczywiście uderza tam, gdzie trzeba – w punkt, można powiedzieć. To jest bardzo pocieszające. Myślę, że na razie tyle. Dziękuję bardzo, ale jeszcze raz wyrażam wielki szacunek i też chapeau bas dla państwa, że dajecie nam jednocześnie nadzieję, że być może to nie będzie wyrok śmierci a choroba przewlekła – rak prostaty.

### **Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo, panie pośle.

Myślę, że pan poseł chciałby, tak samo jak i ja, usłyszeć jeszcze parę ciepłych słów na temat Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii. To tak przy okazji, bo widzę, że pan doktor tutaj jest usatysfakcjonowany. Ale oczywiście na poważnie mówiąc, czy ktoś z państwa chciałby odpowiedzieć na pytania pana posła Hoca? Bardzo proszę, panie profesorze.

**Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej Leszek Królicki:**

A propos innych metod terapeutycznych – wszystkie nasze kolejne badania, które albo wykonujemy, albo z którymi się zapoznajemy, mają na celu ściśle określenie, gdzie dana metoda zdaje najlepiej egzamin. Na dobrą sprawę każda z tych wspomnianych metod przy raku prostaty ma swoje określone miejsce. Te metody, o których pan poseł wspomniał, wyśmienicie się nadają do leczenia miejscowego. Jeśli mam ognisko miejscowe, to mogę naświetlić ultradźwiękami, mogę zniszczyć radioterapią i wtedy działam tylko na to ognisko. To są najlepsze metody.

Natomiast nasza metoda ma inny cel. Ma leczyć chorobę rozsianą tam, gdzie chirurg nie dotrze, gdzie radioterapia zewnętrzna musiałaby obejmować całe ciało. Czyli tutaj jest konkretna grupa pacjentów, z czego zdajemy sobie sprawę, gdzie pacjent powinien uzyskać pomoc z naszej strony z zastosowaniem tej, a nie innej techniki. To chciałbym tak bardzo mocno podkreślić – każda metoda powinna mieć swój określony wskaźnik.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

Pani prof. Chybicka jeszcze chciała uzupełnić swoje pytanie.

**Poseł Alicja Chybicka (KO):**

Tak, dlatego że zapomniałam o pytaniu pierwszym, jakie miałam.

Mianowicie czy metoda PET ma jakiś błąd, a jeśli tak, to jaki? To znaczy, czy podając konkretny znacznik do danej choroby, możemy się spodziewać, że na przykład jak był stan zapalny, jakieś zwyrodnienie, jakieś coś – jeśli tak, to w jakim odsetku. Bo tak się wydaje, że metoda jest genialna i wszystko zawsze dobrze pokaże, a tak na wycucie wydaje mi się, że tak nie może być.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Proszę wybrać swojego przedstawiciela.

Pan prof. Czepczyński.

**Sekretarz Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej – prezes elekt Rafał Czepczyński:**

Żeby urozmaicić panel – pani profesor, badanie PET jest dokładne, precyzyjne, ale jego swoistość nie jest stuprocentowa. Ma pani profesor rację, że różne ogniska zapalne, czyli zmiany nienowotworowe, mogą również gromadzić znacznik, który my podajemy pacjentom. Teraz, żeby nie popełnić błędu przy interpretacji, musimy się mocno zastanawiać, musimy dobrze przeanalizować obraz radiologiczny, który towarzyszy nam, bo mamy tutaj z PET-CT – PET-TK, czyli tomografia komputerowa jest równolegle wykonywana. Czasami musimy prosić radiologów o ich opinię czy to, co widzimy, spełnia kryteria bardziej zmian nowotworowych, czy zapalnych. I wreszcie musimy mieć dostęp do całej historii choroby, do poprzednich badań, bo potrzebna jest nam do przeanalizowania na przykład dynamika zmian. Taki przykład guzka płuca, zmiany w płucu – jeżeli tej zmiany w płucu, którą my widzimy w badaniu PET w styczniu, nie było w grudniu absolutnie, to jest to niemożliwe, żeby to był rak, bo żaden rak tak szybko nie rośnie. Więc wtedy, mimo że tam jest to świecenie, które tak popularnie pacjenci nazywają, ten wychwył farmaceutyku, my to będziemy oceniać jako zmianę zapalną. Ale to wszystko trzeba niuansować – nie jest tu stuprocentowo czarno-biała sytuacja.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

Jeszcze tylko jedno pytanie krótkie od pana posła Hoca, a później przejdziemy do strony społecznej.

**Poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dwa pytania.

Jedno pytanie o RDTL – do MZ – Ratunkowy Dostęp Do Technologii Lekowych. On wpisuje się w tę terapię radioligandową, ale wiem jak gdyby z piśmiennictwa, że trudno jest szpitalom. Borykają się z finansami i, szczerze mówiąc, jest trudna dostępność. Czyli krótko mówiąc, czy ten RDTL będzie przez was w jakiś sposób szacowany pozytywnie w międzyczasie, kiedy nie zostanie jeszcze taki algorytm postępowania terapeutycznego refundowany, jeśli chodzi o terapię radioligandową?

Drugie pytanie – też mówiłem, takie trochę krytyczne, bo wiecie państwo, że powstała lista oszczędności NFZ, przez panią minister opublikowana, na 10,5 mld zł i między innymi właśnie

na diagnostykę obrazową, czyli rezonanse, PET i tomografię komputerową. Państwo odczuwacie to albo będziecie odczuwać, czy nie jesteście tym zmartwieni? Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Czy państwo ze strony MZ mogą odpowiedzieć? Bardzo proszę.

**Naczelnik wydziału w departamencie MZ Joanna Kujawa:**

Dziękuję bardzo. Joanna Kujawa.

Ja odpowiem na pytanie w tym momencie może mało konkretnie, ale każda metoda, zwłaszcza ta, która jest nowa, jest analizowana pod kątem już zastosowanego i wdrożonego leczenia. Tutaj AOTMiT będzie – w przypadku, jeżeli będą wdrożone procedury na podstawie karty problemu zdrowotnego czy inicjatywy – je analizować również pod kątem efektywności kosztowej. To, że w tej chwili widzimy, że zapotrzebowanie powinno być dosyć rozległe i duże, może ograniczyć się do kilku procedur w konkretnych jednostkach chorobowych, więc też mamy świadomość ograniczonego dostępu, również przez ośrodki, które będą stosowały tę metodę. Nie każdy szpital jest aktualnie przygotowany do tego, żeby w taki sposób prowadzić pacjenta. Więc na to konkretne pytanie mogę odpowiedzieć, że będziemy jak najbardziej weryfikować i przyglądać się, ale też oceniać bieżące możliwości w realizacji poprawy świadczeń w dostępie do metod leczenia pacjentów onkologicznych.

Jeśli chodzi o kwestię nakładów, to tutaj proszę wybaczyć, ale nie wypowiem się z uwagi na to, że są to standardowe w tej chwili procedury w ocenie świadczeń, które są efektywne kosztowo, mniej efektywne. Tutaj jest cały zespół ekspertów, którzy pracują nad konkretnymi wyliczeniami i co do tej metody akurat takie wyliczenia nie były przeprowadzone. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

Przechodzimy do strony społecznej. Proszę się przedstawiać do mikrofonu. Bardzo proszę.

**Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:**

Dzień dobry państwu. Dzień dobry, panie przewodniczący. Bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu. Szanowni państwo, Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna.

Ja mam kilka pytań, ponieważ rzeczywiście dużo się ostatnio mówi o terapii radioligandowej. To jest bardzo dobrze, że kolejna grupa pacjentów będzie miała, mam nadzieję, dostęp do leczenia. W Polsce póki co, jak rozumiem, jest tylko RDTL. Natomiast mam przed sobą „Onkokurier” i w tym „Onkokurierz” jest napisane, że w Europie Zachodniej od 2022 r. terapię radioligandową stosują Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Włochy, Hiszpania, Czechy i Słowenia. Czy doszły w międzyczasie jeszcze jakieś inne kraje, które na przykład nie są ujęte w artykule? To mam jako pierwsze pytanie.

Drugie pytanie – jak można ocenić efektywność tej terapii na przykładzie właśnie zastosowania tej terapii w tych państwach? Padło określenie, że to może być choroba przewlekła. Czy w tych krajach już się obserwuje, że przechodzi – że tak powiem – w tryb przewlekły, co byłoby oczywiście optymistyczne? Czy w tych krajach też dzięki zastosowaniu tej terapii odnotowano na przykład spadek zgonów z powodu raka prostaty? Czy można coś takie określić?

Mam jeszcze właściwie takie dwa pytania częściowo sprowokowane przez pana posła. Czy nie ma takich obaw, że zastosowanie tej terapii – nie mówię tego w negatywnym sensie – zniechęci jeszcze bardziej ludzi od stosowania profilaktyki? Bo mamy bardzo proste sposoby do profilaktyki. Trzeba się po prostu badać. Takie poczucie, że nie ma problemu, bo jest fajne leczenie może jeszcze bardziej zniechęcić. Wiemy, że ta zgłaszalność jest dramatycznie niska. Mówimy też w organizacjach pacjentów o tym, żeby uwolnić skierowania do urologa od tego obowiązku posiadania skierowań, żeby pacjenci mogli po prostu bardziej o siebie dbać. Ja się obawiam troszeczkę, że to będzie kolejny argument, żeby się nie badać, bo w razie co będzie terapia, ale to oczywiście troszeczkę mówię z przekąsem.

Natomiast znalazłam jeszcze jedną wypowiedź i to mnie też interesuje. Pani dr Sikora-Kupis powiedziała – będę cytować – „Efektywność terapii jest uzależniona od wyników PET. Tylko pacjenci z wysoką ekspresywnością białka PSMA są kandydatami do tego leczenia”. Chciałam właśnie zapytać, bo bardzo optymistyczne jest to, co panowie profesorowie mówią i to jest świetne, że taka terapia wchodzi, ale chciałam zapytać o takie konkretne kryteria, bo tutaj padła informacja, że to jest też ważne, w którym etapie leczenia. Chodzi o leczenie choroby rozsianej.

Czy już w tych innych krajach są dokładnie opracowane standardy, wytyczne zastosowania u konkretnych pacjentów tej terapii?

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

Czy odpowiedź moglibyśmy uzyskać? Pan prof. Królicki, bardzo proszę.

**Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej Leszek Królicki:**

Czyli tak – pierwsze pytanie dotyczyło tego, czy jeszcze są nowe kraje. Przyznam się, że nie jestem w tej chwili w stanie powiedzieć. Przypuszczam, że jeden czy dwa kraje do tej listy dołączyły w ostatnim półroczu mniej więcej, tylko nie jestem w stanie ich podać. Tak że tutaj przepraszam, muszę zweryfikować, sprawdzić.

Druga sprawa, czy na doświadczenia tych krajów możemy liczyć – tak, na pewno wydłużył się czas przeżycia jednoznacznie. Tego typu badania były przeprowadzone i rzeczywiście czas do ewentualnej progresji i życia uległ wydłużeniu.

**Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:**

Przepraszam, o ile?

**Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej Leszek Królicki:**

Nie potrafię w tej chwili powiedzieć, ale chyba około 6–12 miesięcy. Ten rząd. Przede wszystkim właśnie wzrosła jakość przeżycia i życia u chorych. Liczba złamań patologicznych kości, powikłań po leczeniu – tu ten element jest bardzo podkreślany przez wszystkich. Chcę podkreślić a propos, bo to może robić takie wrażenie – parę miesięcy, 6–8 miesięcy to może nie tak dużo biorąc pod uwagę potrzeby naszego społeczeństwa, ale chcę powiedzieć, że leki są włączane jako standardy, jeśli przedłużają czas przeżycia o 6–10 miesięcy. Taktuje się je już jako skuteczne, liczone oczywiście w całej populacji. Tak że to jest duży wzrost.

Jeszcze było pytanie dotyczące rezygnacji z profilaktyki. To jest oczywiście element postępowania nas, jako środowiska, ale w odniesieniu do społeczeństwa, Oczywiście z tej profilaktyki nie możemy zrezygnować. Jak najbardziej to musimy zawsze podkreślać, że początek choroby i im wcześniejsze rozpoznanie, tym pewniejsze później nasze postępowanie.

Skuteczność terapii zależy od badania PET – oczywiście, to jest jednoznaczne, bo my podajemy to samo PSMA w leczeniu. Więc rzeczywiście na początku w tym badaniu diagnostycznym musimy wykazać, że to PSMA łączy się ze zmianami nowotworowymi, aczkolwiek, jak wykazano, 95% zmian nowotworowych w raku prostaty wykazuje ekspresję dla tego PSMA i nawet powstała taka grupa onkologów w Stanach Zjednoczonych – nie u nas – kilka lat temu, gdzie ci lekarze stwierdzili, że jeżeli jest 95%, to w ogóle po co robić badanie PSMA, PET – od razu podajemy ten lek i już, zaoszczędzimy. Stanowisko ogólnie Europy jest inne. Jednak powinniśmy zbadać każdego pacjenta i to ma być terapia celowana i precyzyjna.

Ja chcę jeszcze na jedno zwrócić uwagę, co padło już także w dyskusji a propos tego PSMA. Proszę państwa, ten preparat gromadzi się nie tylko w raku prostaty. Na przykład prowadzimy badania nad zastosowaniem PSMA w glejakach. Prowadzone są badania nad zastosowaniem PSMA w pierwotnym raku wątroby, tak że inne nowotwory również mogą wykazywać ekspresję. Wtedy to PSMA pokazuje bardziej angiogenezę i nasilenie procesów angiogenezy w tych guzach, ale myślimy o wprowadzeniu nawet w ramach wstępnych badań klinicznych metody leczenia – zwłaszcza w glejakach – metody PSMA innych schorzeń, nie tylko nowotworowych. Nie tylko raka prostaty w tym sensie.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

Pan prof. Dedecjus.

**Kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej Narodowego Instytutu Onkologii Marek Dedecjus:**

Ja jeszcze chciałem się odnieść do tego pytania dotyczącego różnych krajów, bo rzeczywiście w każdym kraju to inaczej przebiega, są różne systemy refundacji i najbardziej jak gdyby aktywni byli Niemcy, którzy wprowadzili terapię zanim ona była zatwierdzona przez Europejską Agencję Leków, ze względu na efektywność. Oni są bardzo pragmatyczni, natomiast też mają niesamowitą

dostępność do tego leczenia, czyli dostępność w ciągu trzech dni. To jest naprawdę rzadkość. Krajem, który bardzo szeroko wprowadził tę terapię, ale już po zatwierdzeniu EMA, była Francja i tu jest też bardzo szerokie wykorzystanie.

Niewątpliwie do tego przyczynia się jeszcze jeden aspekt, który jest problematyczny dla polskich pacjentów, jakim są izotopy. Ja często mówię, że we Francji często w każdym większym mieście widać elektrownię atomową i tam pacjent do izotopów jest przyzwyczajony, i się ich absolutnie nie obawia. U nas jest troszeczkę inaczej. Oni w pierwszym roku zakwalifikowali bardzo dużą liczbę pacjentów. My nie spodziewamy się takiej kwalifikacji ze względu na ograniczenia programu lekowego. Oni poszli bardzo szeroko właśnie dlatego, że mają zalecenia, które w oparciu o własne doświadczenia cały czas korygują. My korzystamy z tych zaleceń i właśnie kończymy pisać nasze polskie zalecenia dotyczące tej terapii, mimo że jeszcze nie mamy, tak jak oni, tej terapii refundowanej, to chcielibyśmy przygotować siebie i pacjentów, i ministerstwo, żebyśmy wiedzieli, jak ją wdrażać. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):**

Dziękuję bardzo.

Czy ze strony społecznej ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Tak że dziękuję bardzo.

Jeżeli chodzi o profilaktykę i te zagrożenia odstępstwa od profilaktyki – nie widzę takiej możliwości, ale przedmiot, o który tak bardzo walczyliśmy, edukacja zdrowotna, który powinien być przedmiotem obowiązkowym i właśnie tam między innymi też jest duży nacisk na profilaktykę i promocję zdrowia, odżywianie, ruch, i wszystko, nie jest jeszcze tym przedmiotem obowiązkowym. Mam nadzieję, że on będzie w najbliższym czasie i tam właśnie od najmłodszych lat dzieci i młodzież powinny być przygotowane do życia w zdrowiu i postępowania prozdrowotnego.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Jeżeli nie, to zamykam dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawianej informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny.

Zamykam posiedzenie podkomisji. Oczywiście z prośbą do resortu zdrowia, aby wszystkie te uwagi były przekazane. Co prawda nasza podkomisja jest rejestrowana, ale myślę, że te wszystkie uwagi zostaną państwu przekazane. Dziękuję bardzo za obecność.