

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ
DO SPRAW ONKOLOGII
(NR 26)
z dnia 2 lipca 2026 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 26)

2 lipca 2026 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- rozpatrzenie informacji na temat zasobów kadrowych i infrastrukturalnych w ośrodkach prowadzących diagnostykę i leczenie onkologiczne.
- omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2026 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Mariusz Klencki** dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych i **Agnieszka Molenda-Wiśniewska** dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia, **Jarosław Gruszka** kierownik w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Edyta Borkowska** konsultant krajowa w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej, **Andrzej Marszałek** konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii, **Krzysztof Składowski** konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, **Dariusz Banik** wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, **Anna Janik** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Anna Lipnicka** wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Mariusz Bidziński** pełnomocnik dyrektora NIO-BIP ds. wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej, Naczelny Specjalista Lecznictwa Otwartego, **Paweł Handschuh** szef Biura Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej, **Dorota Korycińska** prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z chorobami onkologicznymi SANITAS, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” oraz **Grzegorz Ziemniak** prezes Instytutu Zdrowia i Demokracji.

W posiedzeniu udział wziął pracownik Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii. Witam członków podkomisji i wszystkich państwa, zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje w punkcie pierwszym rozpatrzenie informacji na temat zasobów kadrowych i infrastrukturalnych w ośrodkach prowadzących diagnostykę i leczenie onkologiczne. To będzie przedstawienie stanowiska ministra zdrowia. W drugim punkcie – omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2026 r.

Czy są uwagi do porządku obrad? Proponuję, abyśmy rozpoczęli od drugiego punktu, czyli omówienia i przyjęcia planu pracy, ponieważ część z moich kolegów i koleżanek parlamentarzystów musi wracać na salę parlamentarną. Pozwolę sobie w takim razie przedstawić plan pracy podkomisji na okres od 1 lipca do 31 grudnia roku 2026.

Mamy w naszym programie 6 spotkań. Pozwolę sobie odczytać – w lipcu tematem posiedzenia będzie rozpatrzenie informacji ministra zdrowia w sprawie inwestycji w system opieki onkologicznej ze środków pochodzących z Krajowego Planu Odbudowy oraz innych źródeł. Materiał będzie przedstawiał minister zdrowia.

Kolejne spotkanie, wrzesień – rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat rozwoju opieki nad pacjentami z nowotworami głowy i szyi. Materiały również przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia.

W październiku – rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat systemu profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia raka piersi z uwzględnieniem dostępności, zgłaszalności i wykorzystania potencjału e-rejestracji, które już wchodzi obowiązkowo do wszystkich rejestracji. To będzie posiedzenie wspólne z podkomisją stałą do spraw zdrowia publicznego.

W listopadzie – rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat diagnostyki oraz leczenia raka jajnika, w tym program profilaktyki chirurgicznej w tej dziedzinie. Kolejne spotkanie, listopad – rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat nowych terapii w leczeniu glejaków wielopostaciowych.

W grudniu – rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat stanu prac nad wdrożeniem elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego e-DiLO. Czy państwo parlamentarzyści mają uwagi do zaproponowanego porządku spotkań podkomisji? Jeżeli nie, to...

Posel Czesław Hoc (PiS):

Czy mogę?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Niechętnie panie pośle, ale proszę bardzo.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Chciałbym dodać jeszcze, albo może uzupełnić któryś z tych, bo wiem, że są na każdy miesiąc. Chciałbym o hematoonkologii, a więc o alloplastycznym przeszczepie komórek macierzystych, o CAR-T, czyli nowoczesnych i bardzo innowacyjnych metodach leczenia, które są bardzo drogie, ale wiele ośrodków już je wprowadza... Chciałbym, żebyśmy na ten temat też podyskutowali, jeśli pan przewodniczący może włączyć to gdzieś jeszcze.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Panie pośle, te tematy, o których pan mówi, parę tygodni, parę miesięcy temu były już poruszane na posiedzeniach naszej podkomisji, ale jeżeli będzie taka potrzeba, to możemy doraźnie ewentualnie któreś z kolejnych posiedzeń rozszerzyć o pana propozycję. Prosiłbym jednak, żebyśmy przyjęli ten porządek, a ewentualne uwagi czy dodatkowe tematy oczywiście jesteśmy w stanie uzupełnić doraźnie w trakcie trwania tych kilku miesięcy do końca roku. Jeżeli pan poseł Czesław Hoc wyrazi na to zgodę, to będę mu bardzo wdzięczny. I jestem wdzięczny, bo przyjął tę propozycję. Dziękuję bardzo. Tak więc pierwszy punkt mamy odhaczony.

Przechodzimy do punktu pierwszego teoretycznie, czyli rozpatrzenia informacji na temat zasobów kadrowych. Informuję, że wszystkie materiały dotyczące naszego punktu zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone folderze SDI na iPadach. Są dostępne również w formie papierowej tutaj, w sekretariacie naszej podkomisji.

Informuję, że minister zdrowia upoważniła do reprezentowania stanowiska ministra zdrowia panią Agnieszkę Molendę-Wiśniewską, dyrektora Departamentu Opieki Koordynowanej oraz pana Mariusza Klenckiego, dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia. Mamy pełnomocnictwa. Tak więc zaczniemy od przedstawienia stanowiska. Pani dyrektor, bardzo proszę o przedstawienie stanowiska i materiału.

Dyrektor Departamentu Opieki Koordynowanej Ministerstwa Zdrowia Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Dzień dobry. Panie przewodniczący, szanowni państwo, pozwolę państwu, że w odniesieniu do materiału, który został przesłany na posiedzenie podkomisji, przedstawię tylko wersję skrótową, dlatego że jest on bardzo obszerny. Chodziło o to, żeby państwu pokazać wszystkie możliwe fundusze oraz programy, w ramach których prowadzona jest modernizacja, doposażenie czy też wymiana infrastruktury w ośrodkach leczących osoby z chorobą onkologiczną.

Mamy cztery podstawowe takie źródła. Są to: Narodowa Strategia Onkologiczna, Fundusz Medyczny, pkt 46, jeżeli chodzi o budżet zdrowia oraz Krajowy Plan Odbudowy. Pozwolę państwu, że naprawdę bardzo skróto powiem tylko, jak to wygląda.

Jeśli chodzi o Narodową Strategię Onkologiczną, jednym z obszarów, który jest realizowany, jest właśnie modernizacja i wszystkie zadania inwestycyjne w ramach ośrodków, które są w strukturze Krajowej Sieci Onkologicznej. Prowadzimy działania właściwie od 2020 r. Każdego roku są dedykowane dla tych ośrodków konkursy mające na celu doposażenie lub wymianę w zakresie infrastruktury w poszczególnych latach. Rok 2020 – to było niecałe 85 mln, 2021 – to 280, 2022 – ponad 240 mln. W 2023 r. to było około 340 mln, w 2024 doposażyliśmy infrastrukturę na kwotę ponad 413 mln zł. W 2025 r. to było niecałe 200 mln zł, a w 2026 – już w tej chwili wiemy, jakie są plany. Jeden z konkursów został ogłoszony. Jest to wzmocnienie infrastruktury, jeśli chodzi o najwyższe pod kątem specjalistyczności ośrodki. To są SOLO III. No i mamy drugi konkurs – również utworzenie stref komfortu dla pacjentów onkologicznych. Wszystkie te zadania, które

zostały państwu bardzo szczegółowo przedstawione, jeśli chodzi o zakresy i liczbę podmiotów, które uzyskały dofinansowanie, mają cel, żeby wzmocnić infrastrukturę placówek nie tylko pod kątem sprzętowym, ale również pod kątem przystosowania do potrzeb pacjentów.

Kolejnym źródłem dofinansowania a wręcz finansowania, jak bym powiedziała, w zakresie infrastruktury, jest Fundusz Medyczny. Tak jak państwo mają przedstawione w materiale, 20 kluczowych ośrodków uzyskało środki na inwestycje trzyletnie. Większość z nich zakończy się w 2029 r. Są to zarówno inwestycje w infrastrukturę budowlaną, jak i w sprzęt, żeby doposażyć i dostosować do wysokospecjalistycznych świadczeń w zakresie onkologii. Nie będę państwu przedstawiała szczegółowych informacji, ponieważ to jest zawarte w materiale. Tam mają państwo informacje dokładne, jakie to zadania i w jakim zakresie będą realizowane w ciągu tych trzech najbliższych lat.

Kolejny projekt, który jest już na ukończeniu, bo na jesieni będziemy znać szczegółowe informacje, jeśli chodzi o rozliczenie, to jest Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności w zakresie inwestycji D1.1. – rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej. Dofinansowanie uzyskało 99 przedsięwzięć. Kwota wspólna wsparcia, którą uzyskały ośrodki, to jest ponad 5,2 mld. Wszystkie te inwestycje mają na celu zwiększenie zarówno dostępu, jak i jakości opieki onkologicznej właśnie poprzez rozwój i modernizację infrastruktury.

Główny sprzęt, który był planowany do zakupienia w ramach tych inwestycji, to tomografy, rezonanse, angiografy, ultrasonografy, no i roboty chirurgiczne. Wszystkie placówki, które złożyły wnioski, teraz powoli są rozliczane, więc myślę, że już we wrześniu będziemy mogli zobaczyć pierwsze konkretne informacje, co zostało sfinansowane w ramach tych środków.

No i ostatnie źródło, to 46 część budżetu państwa. W ramach tych środków cztery główne ośrodki dostały dofinansowanie na program wieloletni, między innymi warszawski Narodowy Instytut Onkologii, Szpital Uniwersytecki w Białymstoku, Uniwersytet Medyczny w Łodzi oraz śląski ośrodek w Katowicach. Niektóre z tych programów wieloletnich trwają już od 2018 r. Większość z nich kończy się w najbliższych dwóch latach. Były one nakierowane na to, żeby wybudować nowe budynki, przeprowadzić modernizację obecnie istniejących pomieszczeń, no i doposażyć wszystkie te ośrodki w niezbędny sprzęt tak, żeby podnieść zarówno jakość, jak i możliwości przyjmowania większej liczby pacjentów, ponieważ są to wysokospecjalistyczne ośrodki.

Właściwie odnośnie do tych wszystkich programów inwestycyjnych, w tak krótkim bardzo podsumowaniu to tyle. Jak państwo widzą, w ciągu ostatnich trzech lat wszystkie źródła finansowania były nakierowane na to, żeby przeprowadzić jak największą liczbę modernizacji i doposażenia wszystkich ośrodków onkologicznych. W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, która jeszcze będzie trwała do 2030 r., będziemy systematycznie monitorować potrzeby. Jeżeli takie będą nadal istniały, to jak najbardziej w tym kierunku będziemy szli. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo pani dyrektor. Zachęcam państwa do korzystania z tych materiałów, które są przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia, bo są naprawdę szczegółowe i ważne nawet dla własnej analizy potrzeb i możliwości. Nie usłyszałem od pani dyrektor na temat zasobów kadrowych, bo ta część też jest, ale widzę, że pan dyrektor Klencki jest przygotowany odnośnie do tej części materiałów. Tak więc bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych MZ Mariusz Klencki:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, kadry to też jest szeroki temat, dlatego że kadry w onkologii to nie tylko lekarze. Jednak zacznę od lekarzy. Z tych materiałów, które przedstawiliśmy, wynika wyraźnie, że właściwie we wszystkich dziedzinach, które bezpośrednio albo trochę pośrednio się wiążą z onkologią, mamy wzrost liczby specjalistów, i to czasami nawet całkiem dynamiczny.

Patrząc szerzej na kwestię specjalizowania się lekarzy trzeba powiedzieć, że specjalizacje związane z onkologią są jednak dość specyficzne, szczególnie te głównego nurtu jak onkologia kliniczna, bo to są specjalizacje, które trudno uprawiać poza systemem publicznym, a radioterapia jest chyba najlepszym tego przykładem. W związku z tym tutaj zaczynamy chyba najwcześniej dostrzegać, że to nie jest taka prosta prawidłowość, że im więcej specjalistów, tym lepiej. To znaczy, my musimy mieć liczbę lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach mniej lub bardziej dokładnie skorelowaną z potrzebami w tym zakresie.

Tu dochodzimy do pewnego problemu, że my tak naprawdę nie do końca wiemy, jakie będziemy mieć potrzeby za 10, 15 czy 20 lat. To dlatego, że pojawiają się nowe technologie.

Onkologia akurat jest dobrym obszarem do rozważań, bo technologie bardzo dynamicznie nam się rozwijają, w związku z tym to jest taka obiektywna trudność, jeśli chodzi o planowanie polityki kadrowej. Niemniej jednak prowadzimy dosyć szeroko zakrojone rozmowy studyjne, trochę też związane z nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w której zamierzamy dosyć istotnie zmienić, zmodernizować system kształcenia, naboru na kształcenie specjalizacyjne, ale też ten proces.

W wyniku tych ustaleń czy konsultacji, które przeprowadzaliśmy, chyba mogę powiedzieć, że w onkologii rzeczywiście dojrzeliliśmy do tego, żeby spełnić postulaty onkologów i zrobić moduł podstawowy z onkologii, z którego będą wychodzić potem jako moduły szczegółowe onkologia kliniczna z radioterapią, bo te dziedziny coraz bardziej się ze sobą przenikają. To znaczy, radio-terapeuta musi mieć wiedzę z chemioterapii, a chemioterapeuta z radioterapii.

Poza tym to nam rozwiąże też taki problem, że radioterapeuci słusznie się skarżą, że mają kłopot z rekrutacją chętnych do specjalizacji, bo absolwenci uczelni mało wiedzą o radioterapii. To rzeczywiście jest dosyć „krótki” przedmiot, więc mają bardzo powierzchowną wiedzę na temat tego, czym to jest. Dzięki temu rozwiązaniu z modulem podstawowym będą mogli ostateczną decyzję podjąć, gdy już będą widzieli dokładnie na co się decydują, bo po tym modelu podstawowym będą mieli po prostu dużo większe kompetencje i wiedzę praktyczną, doświadczenie, na czym polega wykonywanie zawodu w tym zakresie.

Jeśli chodzi o inne grupy zawodowe, no to z elektroradiologami mamy chyba pewne uporządkowanie. Po tym oni są w tej grupie 15 niektórych zawodów, które są uregulowane oddzielną ustawą i wydaje się, że to dobrze funkcjonuje.

Nie wspomnieliśmy w tych materiałach o fizyках medycznych, a oni też mają zastosowanie czy pole do działania w obszarze radioterapii. Mamy jednak pewien problem, który oni sygnalizują, mianowicie, że fizykiem medycznym w rozumieniu naszych przepisów zostaje się w drodze zrobienia specjalizacji. Żeby zrobić tę specjalizację, trzeba być zatrudnionym jakiś czas w szpitalu na odpowiednim stanowisku, a to jest problem praktyczny, bo dyrektorzy szpitali są zainteresowani zatrudnianiem nie tych osób przed specjalizacją, tylko już gotowych specjalistów i mamy tutaj pewien problem logistyczny, nad którym zastanawiamy się jak go rozwiązać. Rozwiązanie typu ustawa o zawodzie fizyka medycznego, bo w środowisku takie postulaty się pojawiają, pewne problemy rozwiązuje, ale stwarza inne, więc generalnie chyba będziemy musieli jakiegoś prostszego rozwiązania w tym zakresie poszukiwać. W skrócie to chyba tyle.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Ja myślę, że w czasie późniejszych dyskusji te sprawy, zwłaszcza kadrowe, państwo na pewno będą chcieli poruszać. Tak więc dziękuję za przedstawienie stanowiska i informacji Ministerstwa Zdrowia. W związku z tym otwieram dyskusję.

Chciałbym państwa prosić najpierw o prezentacje, które troje z państwa proponowało przedstawić i omówić. Od tego może zaczniemy, a później przejdziemy do dyskusji.

Pan profesor Składowski, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej przygotował krótką prezentację. Panie profesorze, bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej Krzysztof Składowski:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący, za wyrażenie zgody na posłużenie się tą wizualizacją. To jest prezentacja kilkunastu slajdów, które zostały przygotowane na podstawie raportu konsultanta krajowego za 2025 r., oczywiście z wyjściem na ten bieżący i przyszłość.

Proszę państwa, aktualnie mamy w Polsce 48 ośrodków radioterapii – 45 to są zakłady lecznicze różnej wielkości, część z nich mniejsza, część ma filie, które im podlegają, również małe pracownie radiochirurgii mózgu i radioterapii okulistycznej. Natomiast Centrum Cyklotronowe w Bronowicach jest podmiotem niemedycznym i należy do Instytutu Fizyki Jądrowej w Krakowie.

W tych ośrodkach pracuje 231 systemów radioterapii, bo tu trudno mówić o poszczególnych aparatach typu, na przykład, przyspieszacze. Raczej są to linie terapeutyczne, które składają się z szeregu elementów. W brachyterapii mamy 60 takich aparatów, które również mają zastosowanie w leczeniu ze źródłem wewnątrz organizmu ludzkiego. Te liczby są właściwie stabilne na przestrzeni ostatnich lat, choć w stosunku do zeszłego roku zanotowaliśmy pewien wzrost.

Skoro mowa o personelu, to aktualnie mamy wykazanych 701 lekarzy specjalistów, 350 jest w trakcie specjalizacji – 45% tych specjalistów posiada stopień naukowy, co jest chyba dość pozytywne, jeśli chodzi o inne specjalności – ponad 500 fizyków medycznych – większość z nich

to również specjaliści – i prawie 1200 elektoradiologów. Co jest ważne, mniej więcej 20% zatrudnionych fizyków i lekarzy jest w więcej niż jednym ośrodku.

Jeśli chodzi o liczbę leczonych chorych, to ta liczba wzrasta w ostatnich latach i przekroczyła aktualnie 113 tys. Proszę, niech zwróci państwo uwagę, że ten skok dokonał się w ostatnich pięciu latach – akurat tak się składa, że od tych pięciu lat mam zaszczyt kierować tą specjalizacją jako konsultant krajowy. Oczywiście nie jest to prosta pochodna liczby systemów, które pracują w sensie terapeutycznym, bo jeżeli tak było w latach poprzednich, czyli mniej więcej od połowy drugiej dekady, to w tej chwili widać wyraźnie, że liczba aparatów się nie zwiększa, ale się zwiększa liczba leczonych chorych, co jest moim zdaniem optymalizacją wykorzystania posiadanych zasobów.

Gdzie leczą się pacjenci? Przede wszystkim w bardzo dużych ośrodkach, które napromieniają ponad 7 tys. pacjentów rocznie. Są trzy takie w Polsce: Gliwice, Warszawa – narodowy instytut i Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Ośrodki duże, między 5 a 7 tys. – Poznań, Wrocław, Łódź. Średnie, między 3 a 5 tys., to Szczecin, Katowice – dwa razy, Gdańsk i Białystok, no i dominują liczbowo małe – jest ich 64% – które leczą od 1 tys. do 3 tys. pacjentów. Mamy również bardzo małe ośrodki, które tu są wymienione.

Patrząc z innej strony można powiedzieć, że ośrodków prywatnych mamy 8–9, dlatego że jeden z nich to jest partnerstwo publiczno-prywatne. Te ośrodki, proszę państwa, leczą mniej więcej 14% wszystkich pacjentów i posiadają podobny odsetek zasobów sprzętowych. Natomiast ośrodki uniwersyteckie znajdują się w mniejszości – to jest mniej więcej połowa tego, co posiada system prywatny – i leczą nieco ponad 10% pacjentów.

Centrum Cyklotronowe w Bronowicach systematycznie zwiększa liczbę leczonych chorych, ale osiągnęło już pułap 80% możliwości wykorzystania i myślę, że bardzo trudno będzie przekroczyć 400 chorych rocznie. Dość powiedzieć, że jeśli chodzi o leczenie poza granicami kraju, to ja podpisuję wnioski jedynie na leczenie dzieci, które wymagają znieczulenia ogólnego, bo ta forma terapii protonowej jest nieosiągalna w Polsce.

Tak wygląda rozłożenie ośrodków w całym kraju. Jest ono dość równomierne. Wielkość znaku gwiazdy określa wielkość ośrodka. Kolorem niebieskim są zaznaczone ośrodki uniwersyteckie, żółtym ośrodek w Bronowicach. Proszę zwrócić uwagę na to, że spodziewane jest zainwestowanie w kilka małych ośrodków, takich jak na przykład w Suwałkach, Słupsku, Lesznie czy Białej Podlaskiej, ale również spodziewamy się powstania i uruchomienia ośrodków uniwersyteckich w Szczecinie, Poznaniu, Wrocławiu, Łodzi i Białymstoku.

Generalnie, jeśli chodzi o to, jakie są fluktuacje w leczeniu chorych, to wzrost liczby leczonych pacjentów dotyczył w zeszłym roku 16 ośrodków, z tych najwięcej w Płocku, który jest ośrodkiem rozwijającym się. Nowy Sącz pokonał kryzys, jaki tam wystąpił. Łódź rozwija się bardzo dobrze i jest to przykład bardzo dobrej koordynacji pomiędzy szpitalem Kopernika, gdzie znajduje się radioterapia, a całym województwem w zakresie sieci onkologicznej. Kraków również odbił się od pewnego dna, które wystąpiło na początku lat 20. No i mamy jeszcze skok w szpitalu MSWiA Państwowym Instytucie Medycznym w Tarnobrzegu, Gorzowie Wielkopolskim i Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie. Niestety, pewien kryzys Dąbrowy Górniczej, Wieliszewa i Zgorzelca. Przyczyny są różne, nie będę ich teraz omawiał.

Proszę państwa, w całej Europie Zachodniej i USA wskaźnik chorych leczonych przy pomocy radioterapii to jest mniej więcej 2/3. U nas jest on niższy. Główną przyczyną jest, moim zdaniem, niewystarczająca edukacja onkologiczna lekarzy. Generalnie lekarzy w Polsce. Z tym się wiąże niedorozwój radioterapii uniwersyteckiej niewątpliwie. Trudno mówić o radioterapii nie pokazując żadnego sprzętu, jak on funkcjonuje, a według tego, co zobaczyliśmy na tej mapie, nieliczne ośrodki uniwersyteckie posiadają właśnie własną radioterapię. Stąd małe zainteresowanie absolwentów specjalizacją.

Poprawa jakości kształcenia polskiej kadry, modernizacja, doposażenie, inwestycje to, przypomnam, priorytetowe zadania narodowej strategii w obszarze radioterapii. Tak wygląda rozłożenie rezydentów, którzy specjalizują się w radioterapii w Polsce. Widać, że tylko kilka województw, tych najliczniejszych oczywiście ludnościowo, ma ponad kilkunastu rezydentów. Reszta zamyka się w zakresie do 10 z nich.

Podsumowanie. Aktualne zasoby są wystarczające, zarówno w wymiarze krajowym, jak i regionalnym. Zanotowaliśmy imponujący wzrost liczby leczonych chorych, głównie dzięki optymalizacji wykorzystania zasobów ludzkich i aparaturowych w skali kraju. Dominujące znaczenie mają duże ośrodki, zwłaszcza te należące do Narodowego Instytutu Onkologii. Małe ośrodki

zapewniają sumarycznie 50% zapotrzebowania na leczenie chorych na nowotwory złośliwe, ale są konieczne nowe inwestycje w małe ośrodki, przede wszystkim akademickie i prowincjonalnie, zgodnie z mapami potrzeb.

Realizacja świadczeń radioterapii protonowej w jednym ośrodku dysponującym technologią i niestety niebędącym podmiotem medycznym trwa już 10 lat i pomimo stałego postępu jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Nadal brak realizacji tego leczenia u dzieci wymagających znieczulenia ogólnego.

Udział w rynku leczenia promieniami tzw. radioterapii uniwersyteckiej, jest w porównaniu z innymi krajami unii niewielki i niedostateczny, zwłaszcza w zakresie wykształcenia kadry medycznej. Program zmian specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych podjęty przez ministerstwo za pośrednictwem CMKP stwarza możliwości poprawy naboru i szkolenia – o tym już mówił pan profesor Klencki – no i właśnie ta inicjatywa wspólna konsultantów krajowych oraz prezesów towarzystw, aby wspólny moduł onkologiczny rozpoczynał specjalizację w obydwu wspomnianych, czyli radioterapii i onkologii klinicznej. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo panie profesorze. Chciałbym jeszcze poprosić panią profesor Borkowską, konsultant krajową w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej, o krótką prezentację. Pani profesor, bardzo proszę.

Konsultant krajowa w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej Edyta Borkowska:

Dziękuję bardzo panie przewodniczący. Wszyscy tutaj zgromadzeni zarówno lekarze specjaliści, jak i przedstawiciele organizacji pacjenckich doskonale zajmują się opieką nad pacjentami, natomiast ja chciałabym zwrócić uwagę na braki w obszarze onkologii, jeśli chodzi o informację dotyczącą interpretacji wyników badań genetycznych. Taki zawód, który występuje w Europie Zachodniej czy w Stanach Zjednoczonych i nosi nazwę doradcy genetycznego – genetic counsellor – natomiast w Polsce takiego zawodu nie ma, mamy za to wspaniałych genetyków klinicznych. Bardzo państwa proszę, jeśli to możliwe, o zapamiętanie tej cyfry. Ta cyfra kilka razy się powtórzy zarówno w dobrym znaczeniu, jak i momentami w pesymistycznym ujęciu. Jednak porządkując, chciałabym zwrócić uwagę na to, że w obszarze onkologii w odniesieniu do genetyki mamy do czynienia z dwiema sytuacjami.

Po pierwsze, to jest ta po lewej stronie sytuacja, kiedy zmiana predysponująca do nowotworu występuje w całym organizmie pacjenta. Jest to zmiana na poziomie genomu. Są to nowotwory dziedziczne. Są to te sytuacje, gdzie mamy do czynienia z rodzinnym występowaniem nowotworu. I sytuacja dużo częstsza, występująca po prawej stronie przeźrocza, kiedy są to zmiany rozwijające się lokalnie – tak to ujmę – gdzie powstaje zmiana nowotworowa, guz i tych pacjentów jest dużo więcej. Natomiast tutaj nie ma predyspozycji rodzinnych i to jest bardzo ważna różnica.

Zależy nam na tym, żeby tych pacjentów właściwie sklasyfikować. Te koszulki pokazują różne zmiany genetyczne, które w materiale nowotworowym konkretnej osoby występują i mogą być – jak mówi tytuł – obiektem, czy też celem terapii personalizowanej.

W związku z tym dwa przypadki, które mamy w obszarze genetyki. Pierwszy, rzadszy, gdzie jest pozytywny wywiad rodziny, to są te czerwone na drzewie rodowodowym osoby, które już chorowały w rodzinie. Pacjent nie jest chory, ale ma taką zmianę albo należy do takiej rodziny, w związku z tym prowadzimy diagnostykę różnicową i co ważne, możemy ją prowadzić na podstawie analizy DNA wyizolowanego z krwi lub tak naprawdę z każdej, również zdrowej, tkanki.

I ta częstsza sytuacja, kiedy pacjent nie ma obciążenia rodzinnego, przynajmniej my o nim nie wiemy, natomiast ma rozpoznanie nowotworu. Tu państwo widzą bloczek u góry, gdzie z tego materiału wykonane jest badanie genetyczne oparte, na przykład, na technice NGS, po to, żeby ustalić, czy są targety, cele terapii personalizowanej. Jeśli ten wynik jest pozytywny, to powinien nastąpić drugi etap, czyli sprawdzenie, czy ta zmiana, którą znaleźliśmy w nowotworze, występuje na poziomie całego organizmu, bo tak może być, ale nie musi. Tu konieczne jest skierowanie na pobranie drugiej próbki prawidłowej tkanki, na przykład krwi, oraz poradę genetyczną, którą realizuje genetyk kliniczny.

Skorzystałam tutaj z danych pani profesor Anny Latos-Bieleńskiej, konsultant krajowej w dziedzinie genetyki klinicznej, która bardzo dokładnie zweryfikowała kadry i ustaliła, że w tym momencie jest 153 genetyków klinicznych, z czego czynnych zawodowo 132. Jeśli państwo zerkną na prawą stronę, to widać, niestety, że ta kadra 42 osób to tak naprawdę są osoby w wieku

emerytalnym lub powyżej 70. r.ż. W związku z tym zostaje nam około 100 genetyków klinicznych, z których, zgodnie z informacją pani profesor, około 4 pracuje w obszarze onkologii.

Mówię o tym dlatego, że to jest ogromna luka, gdyż ci pacjenci, którzy mają wykonane badania genetyczne onkologiczne, nie mają szansy na tę poradę genetyczną. Tu pojawia się ten doradca genetyczny funkcjonujący w krajach zachodnich. Jaka jest jego rola? Po wykonaniu badań genetycznych – to jest ta po lewej stronie pomarańczowoczerwona tabelka – taki doradca może przekazać pacjentowi informację tłumacząc, co zawiera wynik, informując, że wynik pozytywny, na przykład mutacji BRCA1 nie oznacza, że jest to predyspozycja w rodzinie, bo żeby tę wiedzę mieć, to trzeba wykonać drugie badanie. Tu mamy do czynienia z dwiema sytuacjami – albo pacjent zapomina o tym wyniku badań genetycznych, bo ma opiekę, onkolog tak czy inaczej prowadzi tego pacjenta, albo pacjent podejmuje działania niepotrzebne, na przykład radykalne zabiegi, tylko na podstawie wyniku uzyskanego z badania DNA pozyskanego z guza.

Czym zatem zajmuje się doradca genetyczny? Przepraszam za czcionkę, sądziłam, że jest większy monitor. Ja to skrócę – doradca genetyczny w krajach zachodnich informuje pacjenta o znaczeniu tych badań. Absolutnie to nie zastępuje porady lekarskiej, ale następuje wytłumaczenie, określenie możliwych konsekwencji dla rodziny w przypadku wyniku pozytywnego i tak naprawdę również może pozyskiwać świadomą zgodę na wykonanie kolejnego badania genetycznego.

Tak więc brakuje w naszym systemie odrębnego produktu rozliczeniowego, jakim jest porada diagnostyczna w obszarze genetyki medycznej, bo to nie jest porada, którą świadczy lekarz. To jest porada, którą świadczy w krajach zachodnich genetic counsellor, a w naszym kraju byłoby idealnie, gdyby tę poradę mogła świadczyć najbardziej przygotowana do tego kadra, czyli specjaliści laboratoryjnej genetyki medycznej.

Kolor zielony to jest ścieżka kariery osoby, która jest doradcą genetycznym w krajach zachodnich. To są z reguły, po studiach licencjackich różnego rodzaju, dwuletnie studia dyplomowe magisterskie plus około rok praktyki. To uprawnia do bycia doradcą genetycznym. Po prawej stronie – kolor czerwony – jednolite studia magisterskie w wydziale analityki medycznej, czteroletnia specjalizacja z laboratoryjnej genetyki medycznej. To jest minimum 10 lat kształcenia, praktyki zawodowe po każdym roku studiów. Podkreślam, diagnosta laboratoryjny – zawód zaufania publicznego, zawód medyczny. W związku z tym ta kadra ma co robić, ale myślę, że około 10% tych specjalistów, których kompetencje tu podsumowałam, mogłoby świadczyć taką poradę genetyczną i być na chwilę obecną w zasadzie gotowym do wzięcia rozwiązaniem, które wsparłoby naszych wspaniałych genetyków klinicznych w informowaniu pacjentów, co te wyniki znaczą.

Ja chcę podkreślić – diagnosta ze specjalizacją LGM wykonuje te badania, ma nawet większą wiedzę niż doradcy na Zachodzie, podpisuje się pod tymi badaniami, autoryzuje je i bierze za nie odpowiedzialność zawodową i cywilną. W związku z tym jest to absolutnie osoba, która wie, co w tym wyniku się znajduje i jak poinformować pacjenta, oczywiście tylko o znaczeniu wyniku. Absolutnie nie chodzi o żadne decyzje terapeutyczne, bo to jest zarezerwowane dla zawodu lekarza.

Nasza kadra to na tę chwilę około 280 specjalistów w tym obszarze. Również około 1/3 posiada tytuły zawodowe naukowe. Kadra genetyków klinicznych jest wyśmienicie wykształcona, bo na tę setkę około 90 posiada tytuły naukowe i dodatkowe specjalizacje, a to oznacza, że ich czas jest jeszcze bardziej ograniczony, bo oni dzielą pracę naukową i również aktywność w obszarze innych specjalizacji.

Oprócz tego jest około 100 kolejnych diagnostów w trakcie specjalizacji, więc w krótkim okresie mamy szansę mieć grupę około 400 osób z tym tytułem. Tak jak mówię, podejrzewam, że około 10% z tych osób ma takie predyspozycje i chęć, żeby na przykład jeden dzień pracy w tygodniu poświęcić na porady diagnostyczne i wyjaśniać pacjentom wyniki.

Ta porada nie zastępuje porady lekarskiej. Pomaga w zrozumieniu wyniku. Ta porada może być również świadczona innym kolegom profesjonalistom, bo jest wielu lekarzy, którzy nie do końca w obszarze genetyki mają wiedzę – potrzebne są szkolenia i kształcenie.

Taki doradca genetyczny może również wesprzeć innego specjalistę w wyborze techniki badania, bo my mamy wiedzę na ten temat, jaka technika będzie najwłaściwsza. Nie zawsze musi być to szeroka technika NGS. Może być to węższe badanie, które szybciej udzieli odpowiedzi. A więc zarówno pacjenci, jak i nasi koledzy, partnerzy, lekarze, mogą odnosić korzyści z takiej aktywności, jaką jest porada diagnostyczna.

Ostatnie już przeżrocze – dostępność poradni genetycznych. Ja wybrałam 4 ośrodki. Pan profesor przed chwilą też je wymieniał – Gliwice, Kielce, Poznań Warszawa. Proszę państwa, ta setka to jest bardzo optymistyczna liczba dni oczekiwania przez pacjenta onkologicznego na otrzymanie informacji na temat tego, co znaczy jego wynik badań genetycznych. W innych ośrodkach to jest nawet 180 czy 600 dni oczekiwania. Rok to jest taki standard, jak bym powiedziała, dla osoby dorosłej w onkologii. To jest niepokój. To jest poszukiwanie informacji w niewłaściwych źródłach.

Ja powiedziałam – i przedstawiciele organizacji pacjenckich wielokrotnie na tych posiedzeniach wspominali – o niewłaściwych decyzjach, na przykład dokonywania niepotrzebnych zabiegów radykalnych. A zatem to 100, to pesymistycznie 100 genetyków klinicznych, ze strony których mamy bardzo małą dostępność dla onkologii, a optymistycznie, 100 dni oczekiwania na wizytę u genetyka klinicznego dla pacjenta z obszaru onkologii. To jest wybitnie optymistyczna w tym kontekście liczba.

Proszę państwa, rozwiązanie. Ja tutaj się zwracam do pana dyrektora Klenckiego o rozważenie tej propozycji, bo tu naprawdę nie trzeba kształcenia, wystarczy produkt rozliczeniowy. Tak jak koordynatorzy wnieśli bardzo dużo w obszar onkologii i opieki nad pacjentem to wydaje mi się, że możemy zaoszczędzić naszym kolegom klinycystom przynajmniej 10% nowych pacjentów, którzy na skutek tego... Ja się odwołam do przykładu nowotworów piersi, ale to są też nowotwory gruczołu krokowego, jelita, skóry i wszystkie inne, gdzie mamy około 10% pacjentów z predyspozycjami rodzinnymi, że można uniknąć rozwoju choroby albo tę chorobę wykryć dużo wcześniej. Dziękuję państwu za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan dyrektor Klencki już się szykuje to odpowiedzi, ale jeszcze nie teraz, tylko za chwilę. Pan dyrektor jest gotowy. Chciałbym prosić jeszcze pana profesora Handschuha, szefa Biura Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej, który ma też krótką prezentację.

Szef Biura Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej Paweł Handschuh:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, dzień dobry. Nazywam się Paweł Handschuh. Reprezentuję Polskie Towarzystwo Medycyny Nuklearnej i chciałbym w krótkim, prawie żołnierskim przekazie podstawić kilka informacji charakteryzujących medycynę nuklearną. To jest specjalizacja typowo interdyscyplinarna, gdzie największe zaangażowanie, największa współpraca jest właśnie w obszarze onkologii, stąd dzisiaj to wystąpienie.

Chciałbym przedstawić trzy najważniejsze cele, jakby obszary tematyczne. Pierwszy, że medycyna nuklearna jest dziedziną niedoszacowaną i mam na myśli nie tylko kwestie finansowe. Przeszkodą w rozwoju medycyny nuklearnej i wykorzystaniu jej potencjału są braki kadrowe i braki sprzętowe, a medycyna nuklearna jest istotnie ważna dla prawidłowego funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej. Można powiedzieć, że medycyna nuklearna, ze względu na obserwowany rozwój nie tylko radioznaczników stosowanych w diagnostyce, ale również terapii z zastosowaniem radioznaczników... Obserwowany jest bardzo dynamiczny rozwój w tej dziedzinie. To co jest korzyścią, to jest precyzyjna diagnostyka obrazowa, możliwość wykrywania zmian nowotworowych na wczesnym etapie oceny zaawansowania nowotworów, ale również monitorowania przebiegu terapii i odpowiedzi na leczenie. A ostatni element, który się pojawia, to jest właśnie terapia radioligandowa, czyli rozszerzenie medycyny nuklearnej nie tylko dziedziny diagnostycznej, ale również dziedziny terapeutycznej.

Jakie są kluczowe wskaźniki? W danych NFZ-u, które otrzymaliśmy do końca roku 2023, zaobserwowano również bardzo dynamiczny wzrost procedur. Jeżeli chodzi o procedury PET, to pomiędzy rokiem 2019 a rokiem 2023 wzrost jest na poziomie 40%. To oznacza, że w 2023 r. w procedurze PET uczestniczyło 170 tys. pacjentów w Polsce.

Jak to się przekłada z kolei na zasoby kadrowe i na działalność ośrodków medycyny nuklearnej, czyli zakładów medycyny nuklearnej? Według danych, za 2023 r., które występowały w rejestrze Ministerstwa Zdrowia, specjalistów medycyny nuklearnej w kraju było 324. Okazuje się, ponieważ przeprowadziliśmy w ramach towarzystwa badania ankietowe z udziałem prawie wszystkich zakładów publicznych – jest ich około 50 – że czynnych zawodowo w dziedzinie medycyny nuklearnej jest tylko 138 specjalistów. Czyli w rejestrze pojawiają się osoby, które mają podwójne, potrójne specjalizacje i albo działają poza systemem publicznym, albo działają w innych dziedzinach medycyny... Z tego wynika średnia – trzech specjalistów na jeden zakład medycyny nuklearnej. Są jednak sytuacje w Polsce – i to dotyczy 8% zakładów medycyny

nuklearnych – gdzie nie ma żadnego specjalisty na etacie, czyli wszyscy, którzy przyjeżdżają, są jakby gośćmi i w ramach kontraktu wykonują swoją pracę.

Jeżeli chodzi o zasoby kadrowe – o tym też była mowa – możemy na nie spojrzeć pod kątem, z jednej strony odbudowy kadr, czyli liczby rezydentów, którzy dzisiaj są. Te liczby rezydentów są limitowane miejscami rezydenckimi. Mamy około 65 rezydentów. Pamiętamy, że jest 138 lekarzy i połowa z tych lekarzy aktywnych zawodowo jest w wieku przedemerytalnym lub emerytalnym. Dlatego dzisiaj liczba rezydentów pozwala wyłącznie na zastąpienie tej luki pokoleniowej, ale nie gwarantuje właściwego poziomu kadr dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, ale również potrzeb wynikających z rozwoju medycyny nuklearnej.

Ważny jest również aspekt personelu wspierającego, bo to są nie tylko specjaliści medycyny nuklearnej. Dla prawidłowego funkcjonowania procedur wymagana jest również obecność pielęgniarek, elektroradiologów, fizyków medycznych i radiofarmaceutów.

Jeżeli chodzi o urządzenia, bo to jest z kolei kwestia tych zasobów infrastrukturalnych, w zależności od rodzaju sprzętu wykorzystywanego do potrzeb przeprowadzania procedur medycyny nuklearnej, ciekawe dane pokazują wiek, czyli potrzebę modernizacji. Średnia wieku tych urządzeń waha się pomiędzy 4 lata – dotyczy to dwóch urządzeń PET MR... Natomiast w większości, czyli SPECT, PET, gammakamery, średnia wieku jest pomiędzy 6 a 8, 11 i 13 lat. To są dane za 2023 r., czyli dzisiaj ta potrzeba modernizacji jeszcze urosła.

Podsumowując bariery infrastrukturalne i organizacyjne można wymienić kilka punktów. Czyli: niewystarczająca liczba i nierównomierne rozmieszczenie zakładów medycyny nuklearnej – przypominam, że jest około 50 ośrodków publicznych, kilkanaście ośrodków prywatnych; zbyt mała liczba łóżek do terapii radioizotopowych; ograniczenie możliwości przygotowywania nowoczesnych radiofarmaceutów wynikające z zapisów polskiego prawa, które niestety na tle przepisów unijnych różni się na niekorzyść naszych pacjentów. W tym momencie, kiedy radiofarmaceutyk nie jest dostępny komercyjnie, jedyną drogą do niego musi być oddelegowanie pacjenta za zgodą konsultanta krajowego na leczenie za granicą.

Kolejną barierą są wysokie koszty zakupu i odtworzenia aparatury oraz limity na badania PET. To jest temat bardzo ciekawy, ponieważ z perspektywy karty DiLO wygląda to bardzo optymistycznie. Czyli mamy zdefiniowaną i szybką możliwość udzielania świadczeń, również diagnostycznych, natomiast karta DiLO nie obejmuje pacjentów, którzy już są w trakcie terapii, a ci pacjenci wymagają, dla oceny monitorowania leczenia, dla oceny skuteczności terapii i planowania kolejnej terapii, również procedur radioizotopowych, które niestety nie są pozbawione limitów i dlatego pacjent nie może mieć w sposób optymalny zrealizowanego protokołu terapeutycznego.

Jeżeli chodzi o perspektywę Krajowej Sieci Onkologicznej, według środowiska, którego przedstawicielem jestem – chociaż nie jestem specjalistą, ale bardzo blisko pracuję z wieloma specjalistami medycznymi nuklearnej – rozwój Krajowej Sieci Onkologicznej wymaga optymalnego dostępu do badań PET-CT oraz terapii radioizotopowych. Przy dzisiejszych barierach, o których przed chwilą mówiłem, to ryzyko określamy jako ryzyko dla systemu ochrony zdrowia, ponieważ bez zwiększenia potencjału medycyny nuklearnej możemy oczekiwać dalszego wydłużenia czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie, a w związku z tym wzrostu kosztów wynikających z opóźnionej diagnostyki i leczenia, ograniczenia dostępu do nowoczesnej teranostyki, czyli diagnostyki z najnowszymi radiofarmaceutykami i terapii radioligandowych oraz pogłębienia nierówności regionalnych wynikających właśnie z tej niskiej liczby zakładów medycyny nuklearnej.

Propozycje, które z kolei wynikają z dyskusji wewnętrznych w środowisku medycyny nuklearnej, dotyczą trzech obszarów. W zakresie kadr proponujemy zwiększenie liczby miejsc rezydenckich, ale również uznanie tej specjalizacji jako deficytowej i podstawowej. To będzie miało bezpośrednio przełożenie na sylabusy, czyli na programy nauczania, ponieważ okazuje się, że dzisiaj uniwersytety medyczne swoim absolwentom gwarantują różny poziom świadomości istnienia medycyny nuklearnej. Ten przedmiot jest traktowany dosyć ubocznie w większości przypadków i pojawia się czasami na trzecim, czasami na piątym, a czasami na szóstym roku. Liczba godzin również jest bardzo różna. Tak więc to też wymaga uporządkowania, aby właściwie wykorzystać potencjał medycyny nuklearnej. Tutaj myślimy oczywiście o potrzebie wzmocnienia nie tylko szkoleń lekarzy, ale też wszystkich pozostałych specjalistów, czyli radiofarmaceutów, fizyków medycznych, elektroradiologów.

Jeżeli chodzi o kwestie infrastrukturalne, rozwiązaniem systemowym, który prawdopodobnie by nie tylko zoptymalizował, ale też, na bazie prognoz, odpowiednio zabezpieczył realizację potrzeb medycznych, jest wieloletni program inwestycji w aparaturę i oddziały terapii

radioizotopowej. Jeżeli mielibyśmy proponować rozwiązania w kwestiach organizacyjnych i legislacyjnych, to nie tylko ważne jest, aby opracować krajową mapę potrzeb, monitorować dostępność terapii, ale również uwzględnić medycynę nuklearną w planowaniu rozwoju Krajowej Sieci Onkologicznej i od strony legislacyjnej zapewnić możliwość, podobnie jak w innych krajach europejskich, wytwarzania niekomercyjnych radiofarmaceutyków w szpitalach. Od strony finansowej – i to chyba nie jest rzecz specyficzna dla medycyny nuklearnej – oczywiście potrzeba dostosowania wyceny procedur do rzeczywistych kosztów, zapewnienie finansowania i szybszego wdrażania nowych radiofarmaceutyków oraz – to, o czym mówiłem – zniesienie limitów na badania PET.

Wnioski podsumowujące – już kończę, panie przewodniczący. To jest pierwszy – obecny potencjał kadrowy i infrastrukturalny medycyny nuklearnej nie odpowiada prognozowanemu wzrostowi zapotrzebowania. Bez pilnych działań w zakresie kadr, infrastruktury, legislacji i finansowania Polska nie będzie w stanie zapewnić pacjentom dostępu do diagnostyki molekularnej i terapii radioizotopowych, zgodnie ze standardami europejskimi oraz celami Krajowej Sieci Onkologicznej. I taki wniosek podsumowujący – medycyna nuklearna powinna zostać uznana za strategiczny element infrastruktury onkologicznej państwa konieczny do realizacji celów Krajowej Sieci Onkologicznej. Uprzejmie dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Rzeczywiście to podsumowanie było bardzo istotne. Myślę, że pan dyrektor Klencki, dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych... Pan ma dużą wiedzę i wie, jakie są plany w ministerstwie...

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

Jeśli można, to oczywiście chętnie skomentuję. Po pierwsze, taka uwaga. Ja się trochę zgubiłem w tych wyliczeniach. Ilu jest specjalistów? 138. Te liczby właśnie trochę mi się rozjeżdżają, bo w mapach potrzeb zdrowotnych – sprawdziłem w międzyczasie – mamy 329 osób. To jest wyraźnie więcej, a to są dane, które Departament Analiz i Strategii weryfikuje nie tylko na bazie Centralnego Rejestru Lekarzy, ale także danych z ZUS-u. To znaczy, że to są lekarze wykonujący zawód rzeczywiście. Do tego, nawet jeśli wykonują zawód w 2, 3 województwach, to raz są liczeni na poziomie kraju. Myślę więc, że to są dosyć wiarygodne dane. W tym kontekście ta podana liczba rezydentów 56... Czy dobrze zapamiętałem? 64. To jest więcej niż potrzebna do zapewnienia zastępowalności pokoleniowej, bo my wiemy z tych danych, ile osób osiąga wiek emerytalny i tak bym powiedział, że z histogramu wieku kadry wynika, że to będzie średnio 10 osób rocznie. Czyli, biorąc pod uwagę czas szkolenia specjalizacyjnego, 65 to na pewno jest z nadwyżką w stosunku do ubytku związanego z wiekiem, niezależnie od tego, że mamy oczywiście specjalistów, którzy mają 80 lat i dalej są aktywni zawodowo – pojedyncze osoby takie są – ale to nie wpływa na te nasze rachunki, jeśli chodzi o zastępowalność.

Jeśli ktoś się wczytywał w uzasadnienie projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, to pewnie gdzieś tam wybrzmiewa taka ocena, że obecny system zachęt do podejmowania szkolenia w dziedzinach akurat tych, które uważamy za strategicznie niezbędne, w postaci tego wpisania dziedziny na listę dziedzin priorytetowych, nie działa zbyt skutecznie. To trzeba sobie powiedzieć, że mamy ten mechanizm, ale on poza tym, że powoduje zwiększenie wynagrodzenia dla rezydentów, nie jest skutecznym narzędziem do kształtowania polityki w tym zakresie. Dlatego ustawa proponuje narzędzie, które będzie dużo bardziej skuteczne – jak się wydaje – i rzeczywiście będziemy mogli planować miejsca szkoleniowe, to znaczy skuteczniej kierować tym, w jakich dziedzinach młodzi lekarze podejmują szkolenie. To oczywiście nie chodzi o kierowanie indywidualne, tylko raczej o to pozostawianie skutecznych zachęt do tego celu.

Tutaj w kilku wystąpieniach pojawiło takie przeświadczenie o tym, że my powinniśmy w studia lekarskie włożyć jakiś przedmiot, który będzie prezentował tę dziedzinę, czy to radioterapię, czy medycynę nuklearną. Kłopot polega na tym, że studia lekarskie trwają 6 lat i to jest 6 lat bardzo szczerze wypełnionych. My nie mamy za bardzo takiego komfortu, że uznając, że coś jest ważne, chcielibyśmy to poprawić, możemy rozszerzyć liczbę godzin z danego zakresu, bo to jest już na tym etapie droga donikąd. To znaczy, im więcej studentom wrzucimy ważnych tematów do opanowania, tym oni w mniejszym stopniu je opanują. Niestety, już jesteśmy na tym etapie.

W związku z tym nie do końca widzę tutaj przestrzeń do takiego działania. W szczególności standardy kształcenia nie zakładają takich przedmiotów na poszczególnych latach. Dziś to już mocno się zmieniło. Standardy kształcenia na kierunku lekarskim określają efekty kształcenia, a odnośnie do tego, na którym roku, w ramach jakich zajęć one zostaną zrealizowane,

to rzeczywiście uczelnie mają pewną swobodę. Dlatego rzeczywiście może tak być, że niektóre uczelnie te elementy ujmują na trzecim roku, inne na piątym. To jest możliwe i to w sumie samo w sobie nic złego, bo wiele naszych uczelni rzeczywiście śmiało eksperymentuje i wdraża takie bardzo nowoczesne metody kształcenia, które odbiegają od tego schematu poszczególnych przedmiotów, do których jesteśmy przyzwyczajeni jakby w wyniku własnych doświadczeń sprzed wielu lat.

Ja tu nie rozstrzygam, jak bardzo medycyna nuklearna jest strategicznie ważna dla onkologii, bo to jest trochę inny temat niż samo ujęcie jej, jeśli chodzi o proces kształcenia. Natomiast odnosząc się do tego, co nam pokazała pani profesor Borkowska – bardzo dziękuję za takie szerokie przedstawienie, bo pierwszy raz miałem okazję zobaczyć ten materiał – chciałbym powiedzieć, że odbyłem dosyć długie spotkanie z panią profesor Latos-Bieleńską dotyczące właśnie genetyki klinicznej i jej problemów. W trakcie tego spotkania i ożywionej wymiany myśli i poglądów doszliśmy do wspólnego wniosku, że ten trop wspomagania lekarzy genetyków doradcami, pomocnikami, zaczerpnięty rzeczywiście ze wzorów zachodnich, pewnie głównie amerykańskich, w polskich warunkach średnio się sprawdzi, dlatego że w Ameryce lekarz genetyk zarabia wielokrotnie więcej od doradcy, a w związku z tym wyręczenie lekarza genetyka takim doradcą po prostu jest ekonomicznie uwarunkowane. W polskich warunkach, przy naszej ustawie o minimalnym wynagrodzeniu, tak naprawdę różnica w wynagrodzeniu między lekarzem specjalistą a diagnostą specjalistą nie jest taka. Co więcej, już pomijając czy doradca miałby być diagnostą laboratoryjnym czy nie, bo to jest kwestia wtórna, wydaje mi się, że długofalowo to rozwiązanie by nam osłabiło genetykę kliniczną, a nie ją wzmocniło. W związku z tym z naszej dyskusji wyłonił się wniosek przeciwny, że musimy rzeczywiście wspierać rozwój specjalizacji lekarzy w genetyce klinicznej, żeby wyjść z tego pewnego kryzysu, bo prawdą jest to, co pani profesor Borkowska pokazywała, żeby mamy kadry w genetyce klinicznej nie na miarę tych potrzeb, jakich spodziewamy się w najbliższym czasie i trochę w dalszej perspektywie. Tak więc tutaj będziemy na pewno zachęcać lekarzy do kształcenia.

Prawdą jest też to, że sposób finansowania procedur czy porad udzielanych przez genetyków klinicznych nie zachęca do podejmowania w tej chwili tej specjalizacji, szczególnie w porównaniu z innymi alternatywami, które młodzi lekarze mają. Zatem niewątpliwie będziemy musieli nad tym jeszcze popracować. Choć – tak, jak podkreślam – pewnie niekoniecznie w tym kierunku, który postulowała pani profesor Borkowska.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Poproszę się przedstawiać do mikrofonu do protokołu. Bardzo proszę, panie profesorze.

Konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii Andrzej Marszałek:

Dzień dobry. Andrzej Marszałek, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii. Ja tym razem nie przygotowałem niczego na temat patomorfologii, bo to już kilka razy opowiadałem. Natomiast wracając do kadr, to teraz się borykam z takim oto kłopotem czy właściwie rozwiązaniem, ilu jest patomorfologów, bo ja kiedyś zrobiłem spis z natury – spisałem imiennie – i ten imienny spis w ogóle nie pasuje do map potrzeb zdrowotnych, do tego zestawu, który jest w Naczelnej Radzie Lekarskiej, czy w jakichś innych miejscach. Najbliższy spisowi z natury jest wykaz patomorfologów w NFZ. Tych, którzy są jakby przypisani do wykonywania pewnych rzeczy. Jednak pewnie można sobie jakoś z tym poradzić.

Natomiast tu mi trochę zabrakło takiej dyskusji – ale pewnie to nie było celem, mówiąc o kadrach i o kształceniu – że wiele z tych elementów polega na uporządkowaniu ścieżki pacjenta poprzez kompetencje poszczególnych graczy. Tak jak na przykład radiolodzy z onkologami się dogadali i pewnie kompetencje będą mieli podobne, to czy to będzie miało przełożenie na możliwości realizacji procedur dla NFZ. Nie wiem, czy państwo pamiętają, jeśli chodzi o pewne unity, które były tworzone czy oddziały, na przykład leczenia raka płuca, że niektóre leki mógł wypisywać radioterapeuta onkologiczny, to znaczy chemioterapeutyczny, a niektórych nie mógł.

Czy poza tymi kadrami i przy świetlanych inwestycjach również są prowadzone prace jakby uspołnieniami i wykorzystania zasobów w należyty sposób, myślę no wiem – co mówiła pani profesor Borkowska – że część porad pewnie mogłaby się odbyć na trochę innym etapie, tylko poprzez to, że ktoś miałby trochę większe kompetencje? Wtedy w tym systemie nie wyrwalibyśmy sobie złotych monet przy każdej poradzie, tylko ta porada powinna być ustawiona merytorycznie, pod warunkiem, że ci, którzy jej udzielają, mają do tego kompetencje. Pewnie temu trochę sprostą

obecnie prowadzona nowelizacja programów kształcenia i pewna modyfikacja i to pewnie trzeba będzie jakoś nałożyć.

Ja trochę jestem zszokowany, jeżeli chodzi o pracę lekarzy, bo dzisiaj jadąc do Warszawy czytałem – przy tych kadrach medycznych, które mogą pracować – że prezes naczelnej rady powiedział – zaczniemy od siebie, lekarzy i proponuje limit pracy lekarza na 78 godzin tygodniowo. To oznacza, że albo każdy z nas pracuje od poniedziałku do piątku po 16 godzin – tak powiedział – albo przez 7 dni w tygodniu po 11, ale to chyba nie o to chodzi. A te godziny pewnie wynikają z tego, że kompetencje są tak poukładane, że aby coś zrealizować to trzeba trafić do trzech specjalistów zamiast do jednego, który załatwi sprawy kompleksowo.

To tylko taki komentarz do tego, o czym tutaj już rozmawialiśmy, i o kadrach, które pewnie są... Pytanie, czy są wystarczające, czy nie. To wszystko zależy, dla jakiej populacji. A dwa, czy te niedobory nie wynikają również z tego, że kompetencje nie mają odzwierciedlenia w NFZ i możliwości rozliczania poszczególnych procedur, co wymusza wykorzystywanie kadr dalej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów Dariusz Banik:

Dzień dobry. Dariusz Banik, wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Panie przewodniczący, pani dyrektor, panie dyrektorze, wysoka podkomisjo, chciałbym wskazać na istotną lukę w projekcie. Mianowicie w projekcie sieci SOLO nie mamy ujętego fizjoterapeuty, przy czym Światowa Organizacja Zdrowia i Europejski Plan Walki z Rakiem wskazują, jak istotną rolę odgrywa rehabilitacja dla pacjenta onkologicznego. Pokazują to też koszty i wyliczenia krajów Unii Europejskiej, że wprowadzenie fizjoterapeuty do zespołu obniża istotnie koszty. A dla państwa informacji, ponad 70% pacjentów jest dotkniętych zaburzeniami funkcjonalnymi. Czyli bardzo drogo leczymy pacjentów skutecznie i zostawiamy tych pacjentów samym sobie z bardzo niską jakością życia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Panie prezesie, chciałbym przypomnieć, że dzisiaj nie mówimy o nowelizacji Krajowej Sieci Onkologicznej, tylko...

Wiceprezes KRF Dariusz Banik:

Mówimy o kadrach.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

No tak, ale to akurat nie ten temat. Jednak dziękuję bardzo.

Wiceprezes KRF Dariusz Banik:

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Pan poseł, pan doktor Czesław Hoc prosił o głos.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję panie przewodniczący. Ja kilka pytań, być może pewnych kwestii.

Zacznę od tej kwestii. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 powstała w 2020 r., w lutym. Już jest 2026 r. Chciałbym więc zapytać, bo były dwa cele. Pierwszy cel, to było zwiększenie liczby osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej. Drugi, to zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. Dwa cele główne – Narodowa Strategia Onkologiczna. Czy są już może wstępne wyniki, jeśli chodzi o efekt tych celów? Czyli rozumiem, że prawdopodobnie będzie jakieś podsumowanie. Czy już jest jakiś etap podsumowania, czy rzeczywiście zmniejszyliśmy zapadalność na choroby nowotworowe i zwiększyliśmy przeżywalność 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej? To jest pierwsze pytanie. Zdaję sobie sprawę, że już jest półmetek, a więc na półmetku powinniśmy już jakieś wyniki, chociaż wstępne, posiadać.

Druga kwestia, protonoterapia. Mówiliście tutaj o pewnych kwestiach, natomiast my jako lekarze i też jako posłowie czasami spotykamy się z wręcz dramatycznymi prośbami w aspekcie właśnie protonoterapii.

Mówili państwo o Bronowicach w Krakowie. Jest to chyba jedyny ośrodek w Polsce, który zresztą leczy w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, ale tylko nowotwory gałki ocznej. Czy tak? Nie, jeszcze inne nowotwory. Tak więc pytanie do pana dyrektora, czy refundacja

obejmuje również inne nowotwory głowy, szyi, raka gruczołu krokowego, drobnokomórkowego raka płuc itd.? Czy takie są zamiary, czy jestem w błędzie, że NFZ refunduje tylko leczenie czerniaka oka?

I trzecie pytanie. Pani profesor mówiła o personalizacji. Onego czasu na posiedzeniu Komisji Zdrowia mówiliśmy o testach wielogenowych w raku piersi HR+ czy podwójnie ujemnym, które zresztą bardzo korzystnie wpływają na to, czy decydujemy się na chemioterapię, czy nie. Ponoć w 44 procentach można zmienić chemioterapię albo odstawić chemioterapię. Czy resort zdrowia przymierza się do tego, żebyśmy jednak refundowali te testy wielogenowe, co mówiliśmy? Zresztą pani minister – nie pamiętam, która pani wiceminister – mówiła, że temu tematowi bardzo się przegładacie i prawdopodobnie będzie jakaś propozycja refundacji tych testów wielogenowych, co jest bardzo korzystne nie tylko w aspekcie zdrowotnym, ale nawet w wymiarze aksjologicznym, jak bym powiedział.

Czwarte. Jeśli mówimy tutaj o medycynie nuklearnej, to była swego czasu awaria jedyne go rektora badawczego w Świerku, Marii. Czy on już funkcjonuje prawidłowo, stabilnie i czy jest proponowany albo projektowany następca, bo wiemy, że Maria jest reaktorem, który był budowany bardzo dawno, chyba jeszcze w latach 50.?

Pytanie następne – limity. Pan profesor powiedział, że są limity na PET z kartą DiLO. Czy dobrze zrozumiałem? Panie profesorze, bardzo proszę, do tego jeszcze się ustosunkować, bo zrozumiałem, że w pewnym momencie pacjent z kartą DiLO ma badanie PET, ale potem w dalszych próbach albo kontynuacji już nie ma refundacji. To by było wręcz dramatyczne. Pytanie do pana dyrektora, czy to jest prawda i czy tego nie należy natychmiastowo zmienić?

Następne. Pan profesor powiedział o terapii radioligandowej. Mieliśmy też specjalne posiedzenie naszej podkomisji. Czy jest refundowana terapia radioligandowa w różnego rodzaju rakach? Jeszcze siódme pytanie, a nawet ósme będzie...

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Siódme i ostatnie.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

AI. Czy w onkologii wykorzystujemy AI? Czy mamy jakieś perspektywy?

I jeszcze luźna, ostatnia refleksja, jeśli chodzi o kadry lekarskie. Oczywiście cały czas brakuje nam kadry. Mam takie pytanie, być może retoryczne, albo pytanie takie w próżni. Polscy lekarze już nie wyjeżdżają za granicę, wręcz przyjeżdżają. Mieszkam nad granicą niemiecką i wiem, że z Niemiec już przyjeżdżają lekarze pracować w Polsce, bo mają lepsze warunki.

Po drugie, mamy troszeczkę lekarzy spoza Unii Europejskiej. Po trzecie, coraz więcej kształcimy, a tych lekarzy nie ma. Dlaczego lekarzy brakuje cały czas, skoro te trzy elementy podałem, a więc wydawać by się mogło, że powinno być wzmocnienie kadry lekarskiej, więcej lekarzy, a jest ich mniej? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Ja przede wszystkim chciałbym przeprosić pana prezesa Banika, bo mówiłem, że inny jest dzisiaj temat naszego spotkania, ale pan poseł, pan doktor Czesław Hoc rozwinął go na wszystkie możliwe problemy związane z onkologią, i bardzo dobrze, ale dzisiaj – przypomina – jest czas kadry i infrastruktury w ośrodkach onkologicznych. Taki był temat naszego dzisiejszego spotkania. Jeżeli jednak na któreś z tych pytań ktoś z państwa mógłby odpowiedzieć panu posłowi, to bardzo proszę. Najpierw pani profesor, bardzo proszę.

Konsultant krajowa w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej Edyta Borkowska:

Dziękuję bardzo. Edyta Borkowska. To ja zacznę od AI, skoro pan profesor chciał. AI w badaniach genetycznych jest już od dawna wykorzystywana, ponieważ algorytmy, dzięki którym analizujemy te olbrzymie liczby danych genetycznych, bazują częściowo na skryptach bioinformatycznych i wspomagane są przez AI. Nasze bazy informacji klinicznych również.

Uzupełnię tylko w odniesieniu do odpowiedzi pana dyrektora Klenckiego, że doradcy genetyczni to nie tylko Stany, tak dla porządku. Na slajdzie były też informacje, że Holandia czy Anglia od kilkudziesięciu lat mają tę grupę zawodową, i co ważne – dla mnie ważne – średnio jest w tych krajach od 4 do 6 genetyków klinicznych na milion mieszkańców, plus 4 doradców genetycznych. W Polsce z tej statystyki to jest mniej niż 3 genetyków klinicznych, ale wiemy, jaka jest ich struktura i jaka jest ich dostępność.

Może wprowadzenie takiej porady osłabiłoby samą poradę genetyczną, chociaż ja na to tak nie patrzę, bo – z perspektywy pacjenta – pacjent może spokojniej poczekać rok na tę poradę właściwą, lekarską, ale już będzie wiedział, co oznacza ten wynik, który trzyma w ręku i który został dla niego wykonany.

Czas oczekiwania na wynik badań genetycznych bardzo się skraca dzięki tym wspomniałym wysokoprzepustowym metodom. Praktycznie schodzimy już do dwóch tygodni, rzadko miesiąca przy wysokoprzepustowych badaniach, ale oczekiwanie na właściwą poradę niestety nie skraca się. To tyle...

A, personalizacja i testy wielogenowe... Ostatnie zdanie. Ja powiem tak, że dużo smutniejsza wiadomość jest taka, że panele NGS, które są bardzo potrzebne i w grupie chorób rzadkich i w grupie chorób onkologicznych, a tych wyników jak podaje ten poprzedni raport NIK-u przybywa, w okresie trzyletnim czterokrotnie więcej się robi i będzie się robiło tych wyników więcej... W związku z tym to, że my nie mamy refundowanych paneli NGS, bo AOTMiT zaopiniowała negatywnie taką refundację... W krajach Europy Zachodniej wykonywane są już nie tylko panele. Cały egzom i cały genom robi się we wszystkich krajach, tylko nie w Polsce. A u naszych pacjentów, dzięki działalności różnych fundacji, które zbierają na to pieniądze albo w ramach grantów naukowych, bo innych możliwości nie ma. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Profesor Bidziński.

Pełnomocnik Dyrektora NIO-BIP ds. Wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej, Naczelny Specjalista Lecznictwa Otwartego Mariusz Bidziński:

Dziękuję panie przewodniczący. Szanowni państwo, odniosę się w telegraficznym skrócie do kilku istotnych elementów, które tutaj zostały poruszone.

Patrząc z punktu widzenia onkologicznego, rzeczywiście kadry, które my dzisiaj posiadamy, są wydaje się niewystarczające do skali problemu, bo jednak mimo wszystko chorych onkologicznych przybywa. Przybywa również tych, którzy nie tylko zachorowali na nowe choroby, ale również tych, którzy długo żyją i którzy też muszą być pod opieką onkologiczną. W związku z tym bardzo istotnym elementem, który nas – mówię w tej chwili o klinicystach – ogranicza, jest cała część diagnostyki – to mówili zarówno pan profesor Marszałek, jak i kolega – z zakresu medycyny nuklearnej, jak również z działalności tej w tej chwili bardzo współczesnej, nowoczesnej technologii, jaką jest genetyka kliniczna. W moim przekonaniu, na to trzeba postawić w tej chwili. Naturalną jest rzeczą, że od liczby osób zaangażowanych w działalność diagnostyczną zależy przede wszystkim cały proces, który postępuje w sposób właściwy albo niewłaściwy.

Muszę odnieść się do kilku takich liczb, które nie są niczym wybranym z poszczególnych, jakichś drobnych, incydentalnych placówek, wręcz przeciwnie. Na wyniki badań zarówno diagnostyki patomorfologicznej, jak i radiologicznej, niestety, pacjenci czekają. To nie jest wynik zaniedbań. To jest wynik pewnych elementów kultury też organizacyjnej. Muszę powiedzieć, że w tym zakresie zarówno infrastruktura, jak i kadry muszą być rzeczywiście postawione na odpowiednim poziomie. Prawdopodobnie to będzie rzeczywiście istotnym elementem, który nas czeka.

Następną rzeczą, która też jest pewnego rodzaju elementem, o którym chciałbym powiedzieć, jest kwestia umiejętności. W ramach specjalizacji, które mamy dzisiaj, chociażby tej ginekologii onkologicznej, którą ja reprezentuję, mamy wpisany ten tak zwany element możliwości kształcenia się w zakresie umiejętności z zakresu genetyki klinicznej. Wydaje się, że ten temat nie tylko dotyczy innych specjalności onkologicznych, ale należy podjąć... Myślę, że warto również, aby ten tak zwany triaż, który zaczyna się od doradcy genetycznego, ale później wymaga również specjalistycznej wiedzy lekarskiej... To nie tylko genetycy kliniczni, ale również lekarze, którzy mają w zakresie onkologii wiedzę, mogliby doksztalić się z tego zakresu i umiejętnie pokierować ścieżką pacjenta. W każdym razie tych problemów jest dużo tutaj.

Myślę, że nowe programy specjalizacji, które są w tej chwili przygotowywane – będziemy je opracowywać – będą wymagały przygotowania właśnie od strony między innymi tych elementów, o których przed chwilą powiedziałem – działalności diagnostyki, działalności tego tak zwanego pionu, który jest dzisiaj bazą, bo żaden klinicysta nie będzie właściwie leczył dopóty, dopóki nie będzie miał bardzo szczegółowych linii papilarnych określonych w zakresie choroby. I tu rzeczywiście specjalistyka w zakresie diagnostyki genetycznej i patomorfologicznej, i medycyny nuklearnej jest fundamentem. Bardzo więc proszę o to, żeby to też w jakiś sposób wziąć pod uwagę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan dyrektor Klencki chciałby się ustosunkować.

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

Ja chciałbym powiedzieć, że bardzo dziękuję za to, co pan profesor Bidziński przed chwilą powiedział, bo mnie, niestety, przy słuchaniu tego, co wcześniej padało, ukazała się taka ścieżka, że onkolog rozpoznaje nowotwór, czy jest przy pacjencie z tym rozpoznaniem i kieruje do genetyka albo do doradcy genetycznego, żeby ten ustalił, czy trzeba zrobić jeszcze jakieś dodatkowe badania. To mi się wydaje karkołomną ścieżką. To jest mnożenie po prostu bardzo szczegółowych pozycji w systemie, które się zajmują jakby poszczególnymi procedurami. No, powinniśmy troszkę wrócić do tego, że lekarz jednak zajmuje się pacjentem, a nie tylko wykonaniem danej procedury zakontraktowanej przez NFZ i onkolog sam mógłby to zrobić dysponując odpowiednią wiedzą. To znaczy, albo powiedzieć, że ten nowotwór pojawia się na podstawie sporadycznie występujących mutacji i nie trzeba żadnych badań robić, a inny, który wiadomo, że powstaje na tle zaburzeń, które są wrodzone, wymaga czegoś takiego. Generalnie dobrze wykształceni lekarze to wiedzą i nie trzeba tu dodatkowych elementów dobudowywać. Tak sądzę.

Natomiast pan poseł zadał fundamentalne pytanie – bardzo za to dziękuję – jak to jest, że lekarzy niby mamy, ale ich nie mamy. To znaczy, jak to jest, że nam te wskaźniki rosną, a z drugiej strony, brak nam lekarzy. To jest bardzo trafne spostrzeżenie, bo jeśli patrzymy, ilu mamy lekarzy w Polsce, to mamy średnią unijną... Tak, OECD jest zresztą spóźnione w tych danych, bo oni zawsze prezentują z pewnym kilkuletnim opóźnieniem dane sprzed kilku lat, a u nas sytuacja dynamicznie się poprawia. Myślę, jeśli chodzi o odpowiedź na to, dlaczego widzimy coś innego niż wynika ze statystyk, że po części, i to dużej części, mamy lekarzy źle dystrybuowanych w przestrzeni i w dziedzinach. To znaczy mamy dziedziny, w których mamy lekarzy pewnie za dużo i mamy dziedziny, w których mamy braki.

No i mamy też szpitale, w których mamy bliski moim codziennym zainteresowaniom w departamencie problem rezydentów, których mamy 20 w oddziale, w którym jest 25 łóżek. To jaki jest odbiór tego przez tych pacjentów? Specjalistów tam jest tak gęsto, że rzeczywiście ciężko się do pacjenta dopchać. Takie nagromadzenie nie daje pacjentowi żadnych korzyści. Z drugiej strony, mamy miejsca, gdzie często ciężko grafik dyżurowy obsadzić. Mamy więc po prostu źle alokowane te kadry i z tego mamy taki obraz, że ich brak, a tak naprawdę mamy systemowe problemy zupełnie gdzie indziej niż w liczbie lekarzy takich statystycznie liczonych.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

A te cząstkowe, jeśli chodzi o Narodową Strategię Onkologiczną, to pani. Czy tak?

Dyrektor departamentu MZ Agnieszka Molenda-Wiśniewska:

Pozwoli pan, panie pośle, że odpowiem. Oczywiście mamy w tej chwili już przygotowane podsumowanie pięciu lat. Będziemy państwu przekazywać i jak najbardziej przedstawiać w szczegółach, więc tam wszystko się znajdzie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę.

Konsultant krajowa w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej Edyta Szurowska:

Edyta Szurowska, konsultant krajowa w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. Ja chciałabym się odnieść – to pierwsza sprawa – do kadr w radiologii. Ta liczba lekarzy radiologów i rezydentów stale rośnie i na pewno mamy lepszą sytuację, niż mieliśmy kilka lat temu. W tej chwili jednak kształcimy ponad 1600 rezydentów – to jest dużo – ale lekarzy radiologów po 61 r.ż. mamy 1594. Tak więc w krótkim czasie będzie potrzebna zastępowalność kadr.

Oczywiście mówi się o sztucznej inteligencji, która będzie wykorzystywana i która powinna znacznie przyspieszyć pracę radiologów. Zresztą jest w tej chwili realizowany ten projekt PUI, gdzie będą zakupione w ramach KPO systemy sztucznej inteligencji. Jeżeli chodzi o onkologię, tam też będą takie programy, przede wszystkim do oceny badań przesiewowych w mammografii, ale także do oceny badań TK z nakierowaniem na raka płuca.

Natomiast czas oczekiwania na badania TK i rezonansu magnetycznego, niezależnie czy to u pacjentów z chorobami nowotworowymi czy innych, cały czas jest niezadowolający. Tutaj ze swojej strony obiecuję, że będziemy to monitorować i będziemy się zastanawiać, także z NFZ, jakie wprowadzić mechanizmy, żeby ten czas skrócić. W tej chwili myślę, że wprowadzenie tej

stawki degresywnej, jeżeli chodzi o rozliczanie badań kosztochłonnych wykonywanych w ramach SDK, przyniosło lekkie skrócenie czasu oczekiwania na wynik, ale tak jak mówię, cały czas jest to niezadowolające.

Pan profesor Bidziński poruszał kwestię kadr. Tutaj też deklaruje, że będziemy wspólnie pracować nad tym, żeby stworzyć certyfikację lekarzy radiologów, jeżeli chodzi o ginekologię onkologiczną, obrazowanie w ginekologii onkologicznej, dlatego że radiologia to jest diagnostyka od stóp do głów i potrzebujemy większej specjalizacji, żeby mieć dobrych specjalistów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Rzeczywiście jest bardzo widoczny wzrost liczby lekarzy, którzy specjalizują się w radiologii i to z wielu powodów, o których wiemy. Jednak czas oczekiwania na wynik badania jest cały czas bardzo długi. Nie jest też dobry moment na tak wielką liczbę badań diagnostycznych, jeśli chodzi o tomografię, o rezonans, bo wiemy, że niektóre z tych wyników nie były odbierane przez pacjentów, więc ta nadmiarowość była czasami widoczna.

Proszę bardzo, pan profesor. Później pani.

Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej Krzysztof Skłodowski:

Odpowiem na pytanie dotyczące protonoterapii. Ona funkcjonuje już od 10 lat – mówię o protonoterapii nowotworów zlokalizowanych poza gałką oczną. To jest większość pacjentów, którzy są aktualnie leczeni. Słucham? Jest, oczywiście. Refundowane wskazania są zawarte w trzech rozporządzeniach ministra zdrowia. Nie będę wymieniał teraz przykładów, bo naprawdę są to różnego rodzaju nowotwory, również głowy i szyi, o co tutaj pan poseł pytał. Oczywiście nowotwory pediatryczne też.

No, można powiedzieć, że dostęp do tej terapii jest praktycznie ograniczony jedynie możliwościami, dlatego że leczenie jest realizowane przez kolegów radioonkologów z krakowskiego oddziału Narodowego Instytutu Onkologii, natomiast IFJ, czyli Centrum Cyklotronowe używa – tak się to nazywa fachowo – wiązki do leczenia. A zatem NFZ rozlicza się z Krakowem i z Prokocimem, bo stamtąd pochodzą dzieci, natomiast te podmioty później rozliczają się już niezależnie z Bronowicami.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani. Proszę się przedstawić.

Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Anna Lipnicka:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, dziękuję za udzielenie głosu. Chciałabym wzmocnić wystąpienie pani profesor Borkowskiej a jednocześnie odnieść się... Nie przedstawiłam się, jestem wiceprezesem Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Anna Lipnicka.

Jedną ze specjalizacji dla diagnostów jest laboratoryjna genetyka medyczna. To co pan dyrektor powiedział, że to dopiero się zaczyna, że my dopiero przyglądamy się, że chcemy nazwać nasze możliwości, kompetencje i występować jako ci, którzy mogą tej porady genetycznej udzielać, to właściwie trwa. To jest, proszę państwa.

My w rozporządzeniu dotyczącym standardów jakości mamy oddzielny załącznik dotyczący laboratoryjnej genetyki medycznej. Mamy możliwość interpretacji badań laboratoryjnych. Bez naszych specjalistów nie można funkcjonować w dobrze prosperującym podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń pacjentom onkologicznym.

Lekarze onkolodzy nie wyobrażają sobie funkcjonowania bez profesjonalistów medycznych w naszej dziedzinie. Bardzo często kierują do nas pytania jako do samorządu, gdzie takiego specjalistę z laboratoryjnej genetyki medycznej mogą pozyskać, bo doceniają tę pracę i te umiejętności. I tak naprawdę ta porada genetyczna, ten doradca genetyczny – oczywiście pani profesor, proszę mnie sprostować, jeszcze może wzmocnić moją wypowiedź – to jest. To trwa, proszę państwa.

Panie dyrektorze, to nie jest wyważanie drzwi. To nie jest tworzenie od początku. My doskonalimy się jako środowisko w tym zakresie. Nie tylko specjalizujemy, ale podejmujemy ogromne działania w zakresie doskonalenia zawodowego podyplomowego. Pozyskujemy fundusze unijne dedykowane nam przez Ministerstwo Zdrowia. Jesteśmy teraz na etapie realizacji ogromnego projektu szkoleniowego na prawie 40 mln, gdzie główne moduły to diagnostyka molekularna. Diagnostyka molekularna właśnie w onkologii. Czyli my pilnujemy i chcemy pomóc diagnostom, którzy chcą możliwości i kompetencje zdobyć, ale również dajemy tę wartość diagnostom, którzy

są w trakcie tworzenia specjalizacji i też diagnostom, którzy pracują w pracowniach biologii molekularnej.

Przysłuchując się tej dyskusji chciałam tylko podkreślić, że to nie jest wyważanie drzwi i to nie jest zastępowanie, tylko włączenie profesjonalistów medycznych, czyli tych specjalistów z laboratoryjnej genetyki medycznej w zamiarze wzmocnienia kadr medycznych w tym zakresie. Zresztą bardzo dużo się mówi na ten temat, żeby te zespoły były interdyscyplinarne. To jest wielki sukces dla pacjenta. Tutaj dziękuję pacjentom, fundacjom i stowarzyszeniom, które bardzo mocno nas wspierają. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z chorobami Onkologicznymi SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka. Jestem rzecznikiem stowarzyszenia onkologicznego SANITAS, a także przewodniczącą grupy inicjatywy ekspertów onkologicznych All.Can Polska. Chciałabym zwrócić uwagę na dwie rzeczy, które dla pacjentów są szalenie istotne, jeśli chodzi o kadry medyczne.

Pierwsza rzecz dotyczy specjalistów stricte onkologicznych, ale też specjalistów spoza onkologii, bo genetyka to jest coś szerszego. To nie tylko onkologia, to są też inne obszary medycyny, a genetyka jest obecnie nauką wiodącą, nauką XXI wieku. Uważamy, że zawód genetyka klinicznego absolutnie powinien być zawodem potraktowanym przez ministerstwo priorytetowo, czyli w sposób taki, żeby ci genetycy byli odpowiednio opłacani, żeby zachęcić młodych lekarzy do podjęcia tej specjalizacji. To samo dotyczy medycyny nuklearnej. Ja bym powiedziała, że jestem w stanie wymienić nazwiska prawie wszystkich obecnie specjalistów medycyny nuklearnej, jest ich tak mało. Po prostu ich brakuje, a jest to też bardzo ważna dziedzina, bo to jest rodzaj diagnostyki i leczenia opartego na leczeniu precyzyjnym. To jest bardzo ważne, że można precyzyjnie pacjenta leczyć i precyzyjnie go diagnozować.

Tutaj pan poseł pytał, gdzie to jest wykorzystywane. To leczenie radioligandowe jest wykorzystywane w guzach neuroendokrynnych. W raku prostaty już to mamy i to się coraz bardziej... Słucham? Jest refundowane, oczywiście...

Szef Biura PTMN Paweł Handschuh:

Ale tylko w guzach neuroendokrynnych.

Rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z chorobami Onkologicznymi SANITAS Aleksandra Rudnicka:

...w guzach neuroendokrynnych w trzustce. Nawet jako pacjenci tworzyliśmy poradniki dla pacjentów, jak to leczenie przejść i jak się do niego przygotować. To pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Mam pytanie do pana dyrektora o inne zawody, o zawody tak zwane pomocnicze, które wspierają tych lekarzy specjalistów. Myślę tutaj o pielęgniarzach genetycznych... Słucham?

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Anna Janik:

To nie jest zawód pomocniczy.

Rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z chorobami Onkologicznymi SANITAS Aleksandra Rudnicka:

No to powiedzmy zawód wspierający. Pielęgniarka, ma pani rację, nie jest. Pielęgniarki mają oczywiście status zawodowy, ale w tym sensie, że jest to ktoś, kto wspiera w pracy lekarza.

Tutaj się wywiązała dyskusja na temat doradcy genetycznego i ja powiem tak. Pani profesor się powołała na to, że jest wykorzystywana sztuczna inteligencja, więc ja zapytałam sztuczną inteligencję, czy specjalista genetyki klinicznej może być zastąpiony przez specjalistę genetyki laboratoryjnej. Odpowiedziała inteligencja, że nie, ale my też wiemy, że nie. Dlaczego nie? Dlatego, że to są zawody o różnych kompetencjach. Zupełnie inaczej wyglądają studia i przygotowanie do tego zawodu i inne są kompetencje.

My oczekujemy, że taki specjalista, taki doradca – a to jest w tej chwili najmocniejszy zawód w obszarze medycyny, bardzo szeroko się rozwija – powinien mieć przygotowanie tak zwane twarde i miękkie. Czyli z jednej strony, powinien być przygotowany merytorycznie i to powinno być jakieś przygotowanie z dziedziny biologii molekularnej czy biotechnologii, a z drugiej strony, powinny być też umiejętności miękkie, bo jeżeli to ma być doradca pacjenta, to on powinien mieć

wiedzę psychologiczną, wiedzę z dziedziny komunikacji z pacjentem, umiejętności takie i powinien mu wyjaśnić, dlaczego takie badanie zostało u niego wykonane. To są bardzo ważne rzeczy.

Co zrobić w takiej sytuacji, bo pani profesor powiedziała, że tych diagnostów laboratoryjnych jest dużo i oni by mogli się specjalizować, ale po ukończeniu jeszcze jakichś dodatkowych...? A były takie studia i gdzieś zniknęły nie wiadomo, dlaczego. My od kilku lat o tym mówimy, że brakuje. Według tego, co pani mówi, jest projekt i mam nadzieję, że w tym projekcie właśnie zostanie coś takiego uwzględnione, bo na razie tak prosto nie da się przełożyć i dołożyć takich kompetencji, których ci specjaliści nie posiadają. Tu chodzi o jakość leczenia i jakość porady. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Zbliżamy się powolutku do końca, więc jeśli ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos, to bardzo proszę. Jeżeli nie, to na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia. Dziękuję bardzo za spotkanie. Dziękuję bardzo za wszystkie wystąpienia i uwagi. Jeżeli mają państwo chęć przekazania tego w formie pisemnej, to bardzo proszę do mnie albo do sekretariatu, ale wiem, że Ministerstwo Zdrowia będzie poinformowany o wszystkich dzisiejszych pytaniach i zostaną przygotowane odpowiedzi na następne spotkanie albo pisemnie. Tak więc jeszcze raz dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie podkomisji.