

Poznań, 16-03-2017 r.

Ogólnopolski Związek Zawodowy
Fizyków Medycznych
Ul. Garbary 15
61-866 Poznań

Szanowny Pan
Krzysztof Łanda
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15,
00-952 Warszawa

Jako reprezentacja środowiska fizyków medycznych zrzeszonych w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Fizyków Medycznych doceniamy fakt, że Ministerstwo Zdrowia po raz kolejny postanowiło podkreślić rolę fizyków medycznych w realizacji świadczeń z zakresu radioterapii, wskazując na konieczność zatrudniania fizyków medycznych przez świadczeniodawców. Z tym większym oburzeniem przyjmujemy fakt, że po raz kolejny związek zawodowy reprezentujący fizyków medycznych został pominięty podczas rozsyłania projektu do opiniowania i konsultacji publicznych - i to pomimo deklaracji rozesłania projektu do „związków zawodowych oraz stowarzyszeń reprezentujących zawody medyczne”.

Mając na względzie interesy reprezentowanej przez nas grupy zawodowej zapoznaliśmy się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i chcielibyśmy zgłosić swoje uwagi co do propozycji jego zapisów. Przede wszystkim pragniemy zwrócić uwagę na to, że proponowane zmiany oznaczają podwyższenie niektórych wymagań dotyczących świadczeniodawców realizujących świadczenia radioterapii, na przykład:

- dla pozycji 18 w załączniku nr 4:
 - dla ośrodków posiadających więcej niż 2 akceleratory zwiększana jest liczba wymaganych etatów techników, stacji systemów planowania leczenia;
 - zwiększana jest liczba wymaganych zestawów do unieruchamiania pacjenta, urządzeń do wykonywania zdjęć sprawdzających zgodność pola napromienianego z planowanym;
 - wprowadzane jest nowe wymaganie dotyczące posiadania komputerowego systemu zarządzania radioterapią oraz systemów do dozymetrii in-vivo;
- dla pozycji 19 w załączniku nr 4:
 - wprowadzane jest wymaganie posiadania symulatora TK
 - wprowadzane jest wymaganie posiadania systemu dozymetrycznego do weryfikacji dynamicznych planów leczenia.
- dla pozycji 35 w załączniku nr 4 (protonoterapia) zwiększana jest wymagana liczba zatrudnianych lekarzy specjalistów w zakresie radioterapii onkologicznej.

OZZFM nie neguje zasadności nowych wymagań. Pragniemy jednak zauważyć, że zgodnie z oceną skutków regulacji „aktualne wymogi dla świadczeniodawców realizujących świadczenia radioterapii [...] powodują konieczność ponoszenia dużych wydatków”, a jednym ze skutków proponowanych zmian ma być „poprawa sytuacji ekonomicznej ośrodków radioterapii, które nie będą zmuszone ponosić zbędnych inwestycji na wyposażenie, odtworzenie czy utrzymanie sprzętu, czy też ponoszenie kosztów wykonywania zbędnych procedur”. Ocena skutków regulacji nie zawiera jednak wyliczeń wskazujących na to, że zmiana wymagań rzeczywiście doprowadzi do obniżenia kosztów radioterapii. Wydaje się, że może być wręcz przeciwnie – nowe wymagania mogą doprowadzić do zwiększenia kosztów radioterapii. Wzrost ten może być uzasadniony troską o jakość świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. Nie zmienia to faktu, że ocena skutków regulacji wydaje się być myląca.

Zgodnie z §2 opiniowanego projektu, świadczeniodawcy niespełniający nowych wymagań realizują świadczenia opieki zdrowotnej na dotychczasowych warunkach przez okres, na jaki zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie dłużej jednak niż do dnia 1 sierpnia 2017 r. Jak wskazano powyżej, dla części świadczeniodawców proponowana zmiana oznacza konieczność przeprowadzenia procedury zakupu i wdrożenia do użytku kosztownych urządzeń i systemów. Zależnie od daty wydania i wejścia w życie opiniowanego rozporządzenia czas przeznaczony na dostosowanie się świadczeniodawców do nowych wymagań może być różny, w szczególności może być niewystarczający do poprawnego przeprowadzenia procedury zakupu nowych urządzeń, nie mówiąc o ich wdrożeniu do stosowania. Może to oznaczać zagrożenie dla ciągłości realizacji świadczeń.

Dlatego uważamy, że okres przejściowy powinien wynosić co najmniej 6 miesięcy od daty wejścia rozporządzenia w życie.

Dodatkowo wnioskujemy o uwzględnienie następujących uwag:

1. Zwiększenie liczby etatów techników elektroradiologii w radioterapii standardowej i paliatywnej do co najmniej 3 etatów na każdy akcelerator.

Uzasadnienie:

Różnice pomiędzy lp.18 i lp.19 dotyczą różnego rodzaju świadczeń gwarantowanych a tym samym zróżnicowania wyposażenia wykorzystywanego do ich realizacji. Działania ustawowe nie powinny i nie mogą wpływać na jakość obsługi pacjenta i bezpieczeństwo realizacji procedur. Rozporządzenie w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej §39.1 punkt 4) wymaga „układania pacjenta leczonego z wykorzystaniem promieniowania megawoltowego w pozycji terapeutycznej przez dwóch techników elektroradiologii”, bez rozróżniania rodzaju świadczenia. Ograniczenie zatrudnienia techników elektroradiologii do dwóch etatów na każdy akcelerator nie gwarantuje bezpiecznej realizacji procedury. Należyne urlopy wypoczynkowe i absencja z powodów zdrowotnych będzie wymuszać konieczność zatrzymania pracy aparatu i zaprzestanie realizacji procedur.

2. Zwiększenie liczby etatów fizyków medycznych w brachyterapii do co najmniej 2 etatów - załącznik nr 4 podpunkt b) w lp. 22 w kolumnie 4 – część „Personel”

Uzasadnienie:

Zapis taki stwarza poważne zagrożenie dla zapewnienia bezpieczeństwa i ciągłości realizacji procedur. Niezbędne jest zwiększenie liczby fizyków medycznych w brachyterapii co najmniej do dwóch etatów. Pozostawienie 1 etatu świadczy o całkowitym niezrozumieniu zasad pracy i zadań realizowanych przez fizyków medycznych. Ta sama uwaga dotyczy lp. 21, części „Personel”, pkt.3.

3. Zwiększenie liczby etatów fizyków medycznych w teleterapii do co najmniej 6 etatów

 Załącznik nr 4 podpunkt b) w lp. 19 w kolumnie 4 – część „Personel”

Uzasadnienie:

W nowelizacji pominięty został niezwykle istotny punkt 3, mówiący o ilości etatów dla fizyków medycznych. Takie zapisy są naszym zdaniem całkowicie nieuzasadnione. Realizacja zaawansowanych technik napromieniania wiąże się z dodatkowymi, odpowiedzialnymi zadaniami zarówno w zakresie przygotowania do napromieniania (planowanie leczenia, weryfikacja planów leczenia), jak i kontrolą poprawności napromieniania w trakcie leczenia (techniki obrazowe). Liczba wymaganych fizyków

medycznych zatrudnionych w jednostkach (osób posiadających specjalizację w dziedzinie fizyki medycznej) powinna zostać zwiększona do 6, tak jak ma to miejsce w przypadku lekarzy specjalistów. Pozostawienie liczby etatów na poziomie trzech nie zaspokaja w żaden sposób realnych potrzeb wynikających ze specyfiki realizowanych zadań – może doprowadzić do potencjalnych i niezwykle niebezpiecznych prób zastępowania braków w odpowiednio wykwalifikowanej kadrze fizyków medycznych osobami bez stosownych uprawnień oraz potwierdzonych w sposób jednolity (**proces specjalizacji**) wiedzy i umiejętności. Takie niedopuszczalne praktyki mogą doprowadzić do obniżenia bezpieczeństwa pacjentów leczonych z wykorzystaniem procedur radioterapeutycznych.

4. Ujednolicenie w całym dokumencie nazewnictwa analizatora pola napromieniania

Załącznik nr 4 podpunkt b) w lp.18 w kolumnie 4: część „Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną”

„8) co najmniej jeden analizator pola napromieniania”

Uzasadnienie:

Wskazane jest ujednolicenie nazewnictwa tego samego urządzenia w całym dokumencie. Poprzednio w lp.18 użyto nazwy „analizator pola napromieniania z komputerowym systemem analizy pomiarów”. W praktyce stosuje się pojęcie „komputerowy analizator pola promieniowania”, co uwzględnia również posiadanie systemu analizy pomiarów.

Jednocześnie sprzeciwiamy się:

1. Zawyżonej ilości wymaganych urządzeń do kalibracji i dozymetrii aparatury terapeutycznej

Załącznik nr 4 podpunkt b) w lp.18 w kolumnie 4: część „Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną”

„5) zestawy urządzeń do kalibracji i dozymetrii aparatury terapeutycznej w liczbie równej liczbie posiadanych akceleratorów”

Uzasadnienie:

Nie jest uzasadnione posiadanie zestawów do pomiarów dozymetrycznych w ilości równej ilości posiadanych akceleratorów. W przypadku ośrodków posiadających dużą ich liczbę będzie to generować ogromne koszty związane z zakupem aparatury, a co ważniejsze - koszty związane z wzorcowaniem i kalibracją wyposażenia (zewnętrzne laboratoria). Zestawy te nie są wykorzystywane w sposób ciągły i jednoczasowy, choćby ze względu na dostępność zasobów ludzkich (fizycy medyczni). Jest więc uzasadnione ich posiadanie w takiej ilości,

która zapewnia odpowiednie zaplecze pomiarowe w przypadku awarii. Liczba trzech zestawów wydaje się być rozsądna i optymalna przy takich założeniach – zapewniając ciągłość pracy i bezpieczeństwo pomiarowe.

2. Wymogowi posiadania systemu umożliwiającego wykonywanie osłon indywidualnych
Załącznik nr 4 podpunkt b) w lp.18 w kolumnie 4: część „Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną”

„7) system umożliwiający wykonywanie osłon indywidualnych”

Uzasadnienie:

Posiadanie systemu do wykonywania osłon indywidualnych jest zasadne tylko w przypadku świadczeniodawców posiadających akceleratory bez kolimatorów wielolistkowych. Dla aparatów wyposażonych w kolimatory wielolistkowe nie jest zasadne przygotowywanie osłon indywidualnych, posiadanie takiego zestawu jest zbędne i nieuzasadnione ekonomicznie.

Z poważaniem,

Grzegorz Zwierzchowski,

Przewodniczący Zarządu Ogólnopolskiego

Związku Zawodowego Fizyków Medycznych.

