



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(1290)

158. posiedzenie
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia
w dniu 11 maja 2004 r.

V kadencja

Porządek obrad:

Aktualne problemy przeszczepiania narządów i komórek krwiotwórczych.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 08)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz)

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Rozpoczynamy sto pięćdziesiąte ósme posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Zanim przejdziemy do meritum, z powodu którego się tutaj zgromadziliśmy, chciałabym powiedzieć, iż jest to pierwsze posiedzenie, podczas którego nawet myślą, nadzieją, sercem nie łączymy się z naszym przewodniczącym, panem senatorem Jerzym Cieślakiem. 26 kwietnia odszedł od nas na zawsze lekarz, parlamentarzysta, społecznik, człowiek dobry jak chleb, senator trzech kadencji, przewodniczący senackiej Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej. Odszedł człowiek prawy i skromny, zaangażowany społecznik, ratownik, człowiek wielkiego serca i ducha.

Proszę bardzo państwa o uczczenie pamięci pana senatora Cieślaka chwilą ciszy.

(Wszyscy wstają) (Chwila ciszy)

Dziękuję.

A teraz powrócimy do porządku obrad posiedzenia, bo takie już jest życie.

Otóż skorzystaliśmy z największą skwapliwością z wypowiedzi pana profesora Wojciecha Rowińskiego, aby poświęcić to posiedzenie aktualnym problemom przeszczepiania narządów i komórek krwiotwórczych. Aczkolwiek posiedzenie ma charakter seminaryjny i jest poświęcone aktualnym problemom polskiej transplantologii, to ono zakończy się pewnym podsumowaniem, stanowiskiem Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia adresowanym do rządu, czy tego, który się tworzy, czy następnego rządu; w każdym razie wykonawcą tego stanowiska komisji będzie rząd Rzeczypospolitej. A tym łatwiej było nam z ochotą przystać – mówię „nam”, bo chodzi o prezydium komisji – na tę propozycję, ponieważ również w naszym gronie znajduje się znakomity lekarz, który zajmuje się przeszczepianiem narządów, pan profesor Religa.

Na dzisiejszym posiedzeniu chciałabym powitać gości, znakomitych lekarzy, profesorów, ludzi o rękach proroków; ludzi, którzy przywracają życie i zdrowie, którzy pozwalają żyć i cieszyć się życiem.

Ja w ten sam sposób zwracam się do pana profesora Religi od przynajmniej dwudziestu lat. Kiedy widzę jego ręce, widzę ręce proroka albo taki fresk, na którym pokazane jest, jak Stwórca buduje świat.

Chciałabym też powitać wśród nas najzdrowszych, najzdrowszych wśród obecnych. Są to osoby po przeszczepie.

Przygotowując się do dzisiejszego posiedzenia, znalazłam dwa odpowiednie cytaty. Profesor Aleksander Skotnicki: „Przeszliście najtrudniejszą próbę zwycięsko.

Przeszczep dał wam drugie życie. Pokazujecie nam stale, że z tym darem można tyle dobrego zrobić”. Przesłano mi też, przez jedną z pań, która była leczona w Klinice Hematologii szpitala Uniwersytetu Jagiellońskiego, taką złożoną z czterech linijek modlitwę: „Nie umiem ci, Panie, dziękować, zbyt małe są moje słowa. Zechciej przyjąć milczenie i naucz mnie życiem dziękować”. Myślę, iż jest to motto bohaterów dzisiejszego spotkania, tych, którzy, jak już mówiłam, są najzdrowszymi spośród nas.

Witam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Nie ma wśród nich ministra zdrowia, który jest na posiedzeniu Rady Ministrów. Witam przedstawicieli korporacji zawodowych oraz wszystkich gości, którzy zechcieli skorzystać z naszego zaproszenia – trudno jest mi nawet wymienić wszystkich państwa z listy – a także oczywiście moje koleżanki i kolegów, państwa senatorów z Komisji Polityki Społecznej, jak również z komisji finansów i budżetu państwa.

Podczas dzisiejszego posiedzenia przewidzieliśmy następujący porządek obrad. W aktualne problemy przeszczepiania narządów i komórek krwiotwórczych wprowadzi nas pan profesor Zbigniew Religa, senator Najjaśniejszej Rzeczypospolitej, w tematykę przeszczepiania narządów w Polsce – pan profesor Janusz Wałaszewski, w tematykę przeszczepiania serca – powtórnie profesor Zbigniew Religa, w tematykę przeszczepiania wątroby – profesor Marek Krawczyk, w tematykę przeszczepiania trzustki – profesor Jacek Szmidt, w tematykę przeszczepiania komórek krwiotwórczych – profesor Jerzy Hołowiecki, w tematykę przeszczepiania narządów u dzieci – profesor Piotr Kaliciński. „Uwagi dotyczące finansowania przeszczepów unaczynionych” zreferuje pan profesor Leszek Pączek.

Na dzisiejsze posiedzenie był zaproszony prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, bezwzględnie niezbędny podczas tego posiedzenia. Obiecał albo być osobiście, albo przysłać zastępcę natychmiast, jak to tylko będzie możliwe.

Punkt „Przeszczepianie narządów. Potrzeby i możliwości. Bariery ograniczające rozwój programu” – pan profesor Wojciech Rowiński. Przy punkcie „Jesteśmy ponownie w społeczeństwie ludzi zdrowych” mam wpisanego pana Krzysztofa Pijarowskiego, ale jeśli ktokolwiek z państwa, ktokolwiek przywróconych do społeczeństwa ludzi zdrowych, zechce wypowiedzieć się, będziemy słuchali tych słów niemal jak natchnionych.

Następnie będzie dyskusja. W dyskusji proponuję ograniczenie czasu wypowiedzi do pięciu minut, aby nie przekraczały sześciu minut. Nie chciałabym ingerować w wartość merytoryczną tych wypowiedzi, bo wszystkie zapewne będą bardzo ważne. Może jednak nie wystarczyć na wszystkie czasu, bo po godzinie 14.00 komisja rozpoczyna dalszą pracę na posiedzeniu związanym z polityką lekową państwa i odpowiednią ustawą.

Wróć do tematu. Jestem ciekawa konfrontacji mojej wiedzy, wiadomości przygotowanych na dzisiaj... Historia przeszczepów w Polsce obejmuje około czterdziestu lat, a wyniki transplantacji serca i nerek w naszym kraju nie różnią się od wyników uzyskiwanych przez inne ośrodki europejskie. W Polsce przeszczepiane są również inne narządy. Przeprowadzane są na przykład transplantacje wątroby u dzieci od żywego, spokrewnionego dawcy.

Przeszczepianie narządów jest postępowaniem operacyjnym wielce skomplikowanym, ale wartym zachodu, bo poprawia stan zdrowia i jakość życia. Jest tańsze od wieloletniego leczenia pacjenta, wymagającego dużych środków na leczenie farmakologiczne. Pomijam już jakość życia przed dokonaniem przeszczepem.

Każdy z nas, każdy z obecnych może w głębi serca zadać sobie pytanie: czy wyrażam zgodę na życie po śmierci? Dla niektórych z nas barierą będzie nasz wiek, ale czy wyrażamy zgodę na ten rodzaj życia po śmierci? Posłuchajmy, jakie to ważne.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

Senator Zbigniew Religa:

Pani Przewodnicząca, dziękuję bardzo.

Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Goście!

Zacznę od sprostowania, jeśli pani przewodnicząca pozwoli, dlatego że wkraść się pewien błąd, jeżeli chodzi o nasz program. Mianowicie punkt „Przeszczepianie serca” – a mam przed sobą aktualny program – będzie referowany przez pana profesora Mariana Zembalę.

Pani Przewodnicząca i Szanowni Państwo, na sali są wszyscy najznakomitsi ludzie, którzy zajmują się zagadnieniem przeszczepiania narządów w Polsce. Ale nie mogę nie wymienić jednego nazwiska, nazwiska osoby bardzo szczególnej, osoby, która zainicjowała historię polskiej transplantologii. Jest wśród nas najwybitniejszy chyba przedstawiciel środowiska ludzi zajmujących się przeszczepianiem narządów, pan profesor Orłowski, który wiele, wiele lat temu... (*oklaski*) ...razem z nieżyjącym już, niestety, panem profesorem Nielubowiczem rozpoczął program transplantacji narządów w Polsce. I w roku 1966 – mam nadzieję, że to właściwa data; zwracam się tu do pana profesora – zainicjowali ten program w Polsce. W roku 1966 – podkreślam to z naciskiem – czyli już bardzo wiele lat temu.

Na wstępie chcę powiedzieć, że w chwili obecnej tak naprawdę każdy narząd w Polsce jest przeszczepiany. No, może poza jednym narządem, jeszcze trochę niewykorzystywanym, jeżeli chodzi o zagadnienie przeszczepiania. Chodzi o przeszczep płuc, dwóch płuc czy pojedynczego płuca. Trudno tu mówić, że istnieje tu, jako taki, odpowiedni program, bo zgodnie z moją wiedzą, jak do tej pory był chyba tylko jeden udany przeszczep płuca.

Ale od czasu tego historycznego wydarzenia, zainicjowanego przez pana profesora Orłowskiego i profesora Nielubowicza, w Polsce bardzo wiele się zmieniło, jeśli chodzi o sprawę przeszczepiania narządów. Zmieniło się podejście społeczne do zagadnienia przeszczepiania narządów. Zmieniło się również to, że z fazy eksperymentu przeszliśmy do fazy, w której możemy powiedzieć, że przeszczepianie narządu jest po prostu rutynową metodą leczenia, która przywraca zdrowie i życie wielu, wielu tysiącom osób w Polsce. Wyniki przeszczepiania narządów wykonywanego przez polskich transplantologów są bardzo dobre.

Jak wygląda roczne zapotrzebowanie na leczenie przeszczepianiem narządów w Polsce? Mówimy o aktualnych danych. Liczba oczekiwanych przeszczepów nerek w Polsce jest w granicach dwóch tysięcy, wykonujemy zaś tysiąc przeszczepów nerek rocznie. Teraz serce – powinno się wykonywać pięćset takich operacji rocznie, a wykonywanych jest w granicach stu dwudziestu. Jeżeli chodzi o wątrobę, to oczekiwania dotyczą sześciuset przypadków, a wykonanych operacji jest sto sześćdziesiąt.

Abyśmy zobaczyli, ile narządów ogółem zostało przeszczepionych w Polsce do końca ubiegłego roku, pozwolę sobie podać parę liczb. Mnie się wydaje, że to ważne dla ogólnej orientacji w tym zagadnieniu, to liczby, które bardzo wiele mówią. Do końca ubiegłego roku przeszczepiono w Polsce blisko dziesięć tysięcy nerek. Serc –

blisko tysiąc trzysta. Jeśli chodzi o wątrobę, to jest już wykonanych ponad siedemset przeszczepów wątroby. Teraz trzustka – przy czym, jeżeli chodzi o przeszczepy tego organu, to mówimy o przeszczepie trzustki wraz z nerką – liczba wykonanych przeszczepów trzustki wraz z nerką w Polsce to jakieś sto. Łącznie w ten sposób leczono blisko dwanaście tysięcy osób w Polsce. Jeżeli chodzi o ten rok, to już do końca kwietnia przeszczepiono trzysta czternaście nerek, czterdzieści jeden serc, pięćdziesiąt cztery wątroby, było pięć przeszczepień trzustki. W sumie w tym roku przeszczepiono czterysta czternaście narządów. Jeżeli mówimy o osobach oczekujących na przeszczepienie narządów w tym roku, w roku 2004, to na przeszczep nerek oczekuje tysiąc trzysta dwadzieścia pięć osób; na przeszczep serca – sto sześćdziesiąt, wątroby – sto trzynaście, a trzustki – siedemnaście osób.

To są liczby, które mówią o potrzebach i o tym, jak my te potrzeby spełniamy w Polsce.

Generalnie biorąc, są trzy bardzo istotne problemy.

Pierwszy problem to liczba osób oczekujących na przeszczepienie narządów. Drugi to liczba dawców. I tu trzeba sobie powiedzieć bardzo uczciwie, że prawdopodobnie nigdy nie dojdziemy do takiego momentu, żeby liczba potrzebujących przeszczepienia narządu była równa liczbie dawców. Jest to niemożliwe. Sytuacja będzie się tu nawet pogarszała w miarę dalszego rozwoju medycyny, a potrafiemy leczyć coraz więcej chorób. Chodzi również o to, że życie – będzie jakaś ironia w tym, co w tej chwili powiem, wystarczy pomyśleć o tym, co się dzieje w Iraku czy w Czeczenii – staje się coraz bezpieczniejsze. Jak się okazuje, to nie do końca jest prawda. Niemniej jednak tam, gdzie nie toczą się żadne wojny, życie staje się rzeczywiście bezpieczniejsze dzięki rozwojowi technologii. W każdym razie my nigdy nie będziemy mogli liczyć na taką sytuację, że liczba biorców będzie równa liczbie dawców.

Chcę też powiedzieć, i to z ogromną radością, że na przestrzeni lat od tego 1966 r. do dnia dzisiejszego radykalnej zmianie uległo podejście społeczeństwa do przeszczepiania narządów. I tak naprawdę możemy powiedzieć, że w Polsce jest powszechna akceptacja – dotyczy to zdecydowanej większości Polaków – dla tego sposobu leczenia. Zdecydowana większość ludzi jest też gotowa oddać swoje narządy w razie śmierci.

Trzeci problem związany z naszym funkcjonowaniem w tej dziedzinie to finanse. Jest równie ważny jak pozostałe, które wymieniłem, jak problem liczby dawców czy nastawienie społeczne do tego zagadnienia. Procedury te są na pewno procedurami drogimi w porównaniu do innych procedur, do innych sposobów leczenia, ale moim obowiązkiem jest powiedzieć, że na dzień dzisiejszy nie ma alternatywy dla tych procedur, bo jedyną alternatywą jest śmierć pacjenta. Albo to, albo ratowanie jego życia przy pomocy przeszczepienia narządów.

Muszę też powiedzieć – i nie dlatego to powiem, że siedzę koło pani dyrektor, koło przedstawicielki Ministerstwa Zdrowia – że w ciągu ostatnich lat obserwuje się w Ministerstwie Zdrowia przykłady zrozumienia wagi problemu przeszczepiania narządów. Myślę, że to będzie mógł potwierdzić również pan profesor Rowiński, który jest tym bezpośrednim reprezentantem, bo to on najczęściej bierze udział w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia. Ja muszę powiedzieć, że chociażby siedząca naprzeciwko mnie, a koło pana profesora Orłowskiego pani dyrektor, pełniąc funkcję w Ministerstwie Zdrowia, zawsze walczyła o to, żeby znalazły się finanse na przeszczepianie narządów.

W tej chwili dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia, pani Ewa Kacprzak, wyraźnie kontynuuje tę filozofię. To są miłe i dobre stwierdzenia, bo dobrze mieć tam przyjaciół, a nie oponentów czy osoby, z którymi trzeba prowadzić jakąś wojnę. Tego nie ma, jednak są takie, a nie inne, realia. Te realia nie zawsze są zgodne z życzeniem naszego środowiska czy przedstawicielei ministerstwa. To nie od nich tak naprawdę zależy sposób finansowania tego zagadnienia i innych procedur medycznych.

Myszę, Pani Przewodnicząca, że wystarczy tyle mojego wstępu. W końcu osób, które będą zabierały głos, jest bardzo dużo. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo. Dziękuję za ten optymizm co do pewnej filozofii mieszkających w pałacu Paca, bo rzadko się zdarza, żeby jakakolwiek dziedzina była tak dobrze traktowana jak program leczenia chorób nowotworowych czy właśnie przeszczepiania narządów w Polsce. Jesteśmy bardzo wdzięczni naszemu rządowi. A gdyby jeszcze w ślad za tym poszły środki... Dziękuję panu za wprowadzenie.

Aktualny stan przeszczepiania narządów w Polsce.

Bardzo proszę pana profesora Janusza Wałaszewskiego.

(Dyrektor Centrum Koordynacyjno-Organizacyjnego do spraw Transplantacji „Poltransplant” Janusz Wałaszewski: Nie wiem, czy tylko stojąc można...)

Jak panu jest wygodniej. Może pan siedzieć.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

**Dyrektor Centrum Koordynacyjno-Organizacyjnego
do spraw Transplantacji „Poltransplant”
Janusz Wałaszewski:**

Panie Senatorze, pan jest przyzwyczajony do mówienia na siedząco. Mnie tak rzadko się to zdarza, że muszę wstać, po prostu.

Pani Przewodnicząca! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Usłyszeliśmy już z ust profesora Religi o dwóch czynnikach, które z medycznego punktu widzenia determinują przeszczepianie narządów. Pierwszy to dostępność narządów do przeszczepień, a drugi – liczba osób, które mogą być leczone metodą przeszczepiania narządów. Narządy pochodzą głównie od osób zmarłych. Jak państwo zobaczycie na tym obrazie, Polska szczęśliwie należy do czterech państw bardzo rozwiniętych w sensie przeszczepiania, które w okresie dekady zwiększyły liczbę narządów uzyskiwanych od osób zmarłych o 50%. Nie jest to bez znaczenia, bo, jak państwo zobaczycie, krajami, które miały kłopoty i zmniejszyły liczbę dawców, jest i Szwajcaria, i Niemcy, i Skandynawia, i Anglia. Czyli tutaj możemy się czuć dosyć dobrze. Właściwie to zwiększyliśmy liczbę tych dawców narządów nie o 50%, ale o ponad 100%. Nie mogliśmy jednak tego eksponować, ponieważ mieliśmy bardzo słaby współczynnik wyjściowy.

Chciałbym państwu powiedzieć, że w ostatnim roku pięćset dwadzieścia pięć osób zmarłych posłużyło jako osoby, które oddały narządy do przeszczepienia. Mielibyśmy większe możliwości wykorzystania tych narządów, gdyby nie protesty rodziny dotyczące pobrania narządów od osób zmarłych. I to jest jeden z problemów, który wymaga akceptacji społecznej. W tym celu są prowadzone bardzo liczne akcje. Muszę

państwu powiedzieć, że w tej chwili w Polsce, używając wskaźników europejskich, mamy czternastu dawców zmarłych na milion mieszkańców. Przeciętna europejska średnia – tak to nazwijmy, bo dotyczy to czterdziestu dziewięciu państw, które są w Radzie Europy – to osiemnaście.

Ponieważ rzecz dotyczy Senatu, chciałbym uzmysłowić tutaj panom senatorom z różnych regionów, że udział poszczególnych regionów w Polsce jest bardzo nierówny w identyfikacji i pozyskiwaniu narządów do przeszczepienia od osób zmarłych. I tutaj trzeba powiedzieć jedną rzecz. Otóż bez udziału władz państwowych, bez udziału władz odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną, wszystkie akcje propagandowe, które są prowadzone przez lekarzy z różnych ośrodków, nie przynoszą trwałych rezultatów. Ta akcja musi być zintegrowana z działaniami administracji państwowej i polityków. Wtedy dopiero możemy liczyć na to, że zwiększymy jeszcze bardziej liczbę narządów do przeszczepienia.

Niemniej jednak, jak państwo widzicie na tym ładnym obrazku, który wisi na ścianie i chyba budzi przyjemne uczucia, w Poltransplancie, który zajmuje się koordynacją, mimo że mamy niewystarczającą liczbę przeszczepów, zaistniało coś, co możemy nazwać harmonijnym rozwojem przeszczepiania narządów w Polsce, ponieważ od wielu lat liczba przeszczepów wzrasta. I z tego możemy być dumni. W tym roku przeszczepiliśmy ponad tysiąc trzysta pięćdziesiąt narządów.

Drugim czynnikiem, o którym mówiliśmy, jest zapotrzebowanie na przeszczepy. Podaję tutaj również uzyskane dane europejskie, te przeciętne z Rady Europy. I dane wskazują na to, że w Polsce liczba oczekujących w ubiegłym roku na przeszczep wynosiła sześćdziesiąt osiem osób na milion, przy przeciętnej sto na milion w Europie. Jeśli chodzi o przeszczepienie wątroby, to było to 6,8 na milion, przy przeciętnej europejskiej wynoszącej dwanaście, na przeszczepienie serca mamy nawet większe zapotrzebowanie niż przeciętna europejska. Oczywiście to zapotrzebowanie jest pokryte przez przeszczepianie narządów.

I teraz chciałbym państwu pokazać, w bezwzględnych wskaźnikach, jak wyglądało przeszczepianie narządów w Polsce w ubiegłym roku – bo tylko ten nas interesuje; chodzi o aktualne dane.

W Polsce liczba przeszczepianych nerek to dwadzieścia pięć na milion. W Europie również przeszczepia się dwadzieścia pięć na milion – to przeciętne liczby, bo oczywiście w państwach bardzo zaangażowanych w przeszczepianie jest to czterdzieści siedem, jak w Hiszpanii. Dla przykładu podam jeszcze USA. Tam jest to dwadzieścia dwa, czyli mniej niż w Polsce. Ale przeszczep nerki nie pochodzi wyłącznie od osób zmarłych, coraz częściej pobiera się te organy od osób żywych. I tutaj, jeśli chodzi o przeszczepienie od osób żywych, to w Polsce jest to siedmiokrotnie mniej niż wynosi przeciętna w Europie. Proszę zwrócić uwagę, że na przykład w Stanach Zjednoczonych co druga nerka pochodzi od osoby żywej.

Jeśli chodzi o przeszczepienie wątroby, to mamy znowu jedną trzecią przeciętnej europejskiej, ponieważ przeciętna europejska to jest dwanaście przeszczepów na milion mieszkańców, a w Polsce jest to cztery.

Przeszczepienie serca utrzymuje się na poziomie, który państwo tutaj widzicie – 3,8 w Europie, a 3,1 u nas, czyli w miarę przyzwoicie. Ale na przykład w Norwegii w ubiegłym roku liczba przeszczepów wynosiła dziesięć na milion, a w Stanach Zjednoczonych – siedem na milion.

To są cyfry, które państwu mogą pokazać to zapotrzebowanie, pozwolić je porównać z innymi danymi.

Następne przeżrocze poproszę... Jedno chyba zginęło, tak? O, chodzi mi o to.

Jak państwo możecie tutaj zobaczyć, w ubiegłym roku wykonaliśmy tysiąc trzysta pięćdziesiąt przeszczepów, a dwa tysiące dziewięćset pięćdziesiąt osób było na listach osób oczekujących na przeszczep. Czyli wykonaliśmy część zadania, ale tylko 46% oczekujących otrzymało przeszczep. Jest to mniej niż połowa, trochę za mało jak na polskie potrzeby.

Teraz przeszczepiliśmy tysiąc trzysta pięćdziesiąt organów. Ale już w tej chwili – a jest to piąty miesiąc roku – mamy tysiąc osiemset osób oczekujących na przeszczepy narządów, które państwo macie tu wymienione.

Oczywiście warto zwrócić uwagę na to, że pojawia się problem przeszczepienia płuca, o czym już była mowa, ale to zostawimy do późniejszej dyskusji.

Proszę następne.

Niepokojącym zjawiskiem, aczkolwiek bardzo pozytywnym, jest leczenie nerkozastępcze, które składa się z hemodializ jako doraźnego leczenia, podczas gdy przeszczepienie nerki jest leczeniem długotrwałym. Jako metoda ratująca życie hemodializa rozwinęła się w Polsce bardzo szybko; uśpiło to trochę czujność lekarzy, zapominających, że możemy korzystać z bardziej trwałego sposobu leczenia niewydolności nerek chorego poprzez dokonanie przeszczepu. W związku z tym liczba osób zgłaszanych do przeszczepienia wyraźnie się zmniejsza – to są te zielonkawe słupki – czyli jest kolosalna dysproporcja między liczbą leczonych hemodializami a przeszczepów nerek. Jednak liczba tych przeszczepów wzrasta. Prawdopodobnie wzrastałaby bardziej, gdyby było więcej oczekujących na przeszczep, bo jednak przejście do przeszczepu pozyskanego od osób zmarłych jest zależne od liczby oczekujących.

Proszę następne.

Tutaj pojawił się ten paradoks budzący zdziwienie wszystkich, którzy zajmują się przeszczepieniem. Jeszcze raz rozbiłem to na rejony, ponieważ mamy do czynienia z Senatem, gdzie są przedstawiciele różnych regionów. Chodzi o to, że minimalny procent w stosunku do liczby osób dializowanych jest kierowany na listę oczekujących na dostanie przeszczepu.

To są dane, które państwu wskazują, jakie są aktualne problemy.

Mówiąc o medycznych warunkach, o liczbie przeszczepów pozyskanych i o liczbie osób oczekujących, oczywiście nie sposób jest...

Nie dotykaliśmy tu spraw finansowych, o tym będzie mowa osobno.

Proszę następne przeżrocze.

Chciałbym państwu zaprezentować to, co nazywamy infrastrukturą przeszczepiania i pokazać, jakie są zadania ośrodka transplantacyjnego w różnych państwach. Te sześć państw to są państwa o najwyższej populacji w Europie, do których należy Polska. Austrię podaliśmy tutaj tylko dla przykładu, ponieważ jest to mniejsza populacja, ale za to dobrze zorganizowana.

Jeśli chodzi o infrastrukturę, o liczbę ośrodków przeszczepiających nerki, to właściwie możemy się porównywać z danymi europejskimi. Gorzej już wypadamy, jeśli chodzi o przeszczepianie wątroby. Widzicie państwo, że właściwie dwukrotnie większa populacja przypada na jeden ośrodek. W przypadku przeszczepiania serca – jeszcze więcej osób, trzykrotnie więcej. Co do przeszczepienia płuca, to oczywiście,

ponieważ pojawiła się tu dopiero pierwsza jaskółka i wykonano jedno przeszczepienie, w jednym ośrodku, przypada na to trzydzieści osiem milionów.

Państwo możecie powiedzieć: no proszę, to jesteśmy bardzo bliscy Wielkiej Brytanii, która jest przecież krajem o dużych tradycjach i jest rozwinięta. Ale chciałbym zwrócić uwagę, na czym polega różnica między nami – na tym, że finansowanie przeszczepów w naszym przypadku jest bardziej ograniczone. Tam może to więc być mniejsza liczba ośrodków w stosunku do populacji, mają tam bowiem nieograniczone możliwości korzystania ze środków logistycznych, do których w przypadku przeszczepiania narządów pozanerkowych zalicza się samolot.

To są podstawowe problemy związane z aktualną sytuacją, jakie chciałem państwu przedstawić. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Bardzo przepraszam pana profesora Mariana Zembalę. Rzeczywiście miałam nieaktualny, nieskorygowany program posiedzenia.

Zapraszam teraz pana do przedstawienia tematu przeszczepiania serca w Polsce.

**Kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego
Kardiochirurgii i Transplantologii
w Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach
Marian Zembala:**

Pani Przewodnicząca! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Widzę to dzisiejsze spotkanie jako okazję do pokazania na forum Senatu miejsca polskiej transplantologii – i ten zespół zrobi to znakomicie – do wskazania pewnych sukcesów, bo one są, już o nich słyszeliśmy, a także do powiedzenia o pewnych zagrożeniach, bo one są również. Jest to też pewna próba zastanowienia się, na których sprawach powinniśmy się skupić.

Patrząc z tej szerszej perspektywy, przybliżę państwu problem, obiecując, że zrobię to krótko. Mogę tylko powiedzieć to, co słyszeliśmy wielokrotnie i dzisiaj zapewne będziemy jeszcze słyszeć, że transplantacja jest i musi być zarezerwowana dla chorych z udokumentowanymi nieodwracalnymi uszkodzeniami narządu. Wykonanie tego zabiegu daje jednak chorym bardzo zdecydowaną poprawę jakości życia, o czym świadczy ta dokumentacja.

Proszę o następne przeżrocze.

Chcę się zatrzymać z państwem przez chwilę przy przeżroczu z odniesieniem do danych europejskich, które częściowo były przedstawione w ciekawych danych profesora Wałaszewskiego, natomiast pokazanych z trochę innej perspektywy. Jeżeli popatrzyście państwo na liczbę ludności w krajach takich jak Polska i sąsiedzi Europy, ale z Czechami, i na liczbę transplantacji, to trzeba powiedzieć wyraźnie, że w zakresie transplantacji serca – bo ja będę mówił o sercu i trochę o płucach – jest sporo do zrobienia, mimo że wskaźniki, zwłaszcza z ostatnich czterech lat, są w tej dziedzinie w Polsce wyraźnie lepsze. Ściślej od 1997 r. – zwracam na to uwagę – od kiedy zaczął funkcjonować system w Ministerstwie Zdrowia. A mnie osobście niepokoi pewna sprawa i chciałbym u państwa, przy okazji tego spotkania, zaszczerpić ten niepokój;

myślę, że będzie to można odnieść również do kolegów nefrologów. Dlaczego jest tak wielu chorych, potencjalnie nadających się do przeszczepu, a dlaczego tak mało – sądzę, że nie tylko w przypadku serca, ale i nerek – jest kwalifikowanych do transplantacji? Proszę odnieść do siebie te dane – dwieście osiem osób oczekujących w Polsce. To zdecydowanie za mało. I to jest kolejne wyzwanie, które staje przed nami, równie ważne jak rozwój programu transplantacji.

Proszę o następne przeźrocze.

Te dane mają pokazać tylko pewien rozwój, który został zapoczątkowany, kiedy wprowadzono system. Systemu w Ministerstwie Zdrowia nie było, w Polsce go nie było. Wprowadzono system i proszę zwrócić uwagę: jest pewne *plateau*. A więc, skoro ono jest, to należy się zastanowić, po której stronie są problemy i co zrobić, żeby rozwinąć program. Jest tu wiele dróg i wiele problemów.

Następne przeźrocze.

Te dane są dokumentacją Poltransplantu. Mówią one, że tak naprawdę, czy nam się podoba, czy nie, to coś jest nie tak, skoro od 2000 r. stoimy w miejscu. I teraz, czemu stoimy na poziomie sto dwadzieścia – sto trzydzieści przeszczepów rocznie, także w dziedzinie transplantacji serca? Jeżeli popatrzymy na dane z różnych ośrodków, to są tam oczywiście polskie dane, sto dwadzieścia – sto trzydzieści. Pan profesor Religa podawał pewne zapotrzebowanie, które byśmy odnieśli do poziomu stu osiemdziesięciu – dwustu transplantacji serca rocznie. Myślę, że wiąże się to z nadziejami, z życzeniami, z rozwojem. Ale chcę powiedzieć, że te polskie dane oczywiście dotyczą tysiąca trzystu przeszczepionych serc w czterech ośrodkach. W Zabrze program został zapoczątkowany przez pana profesora Religę; przy tej okazji jeszcze raz dziękuję. Potem doszedł Kraków – profesor Dziatkowiak z Instytutu Kardiologii. Jeśli popatrzymy na dane ośrodków z pewnej perspektywy, to zwrócicie państwo uwagę, że część z tych ośrodków zmniejszyła swoją działalność. Są cztery ośrodki i one w zasadzie pokrywają, powiedzmy sobie szczerze, krajowe zapotrzebowanie. Istnieją wciąż możliwości, żeby zrobić więcej.

Dane, które to ilustrują, mówią, że w Zabrze przeszczepiono pięćdziesiąt jeden serc, w Warszawie dwadzieścia w szpitalu MSWiA, a trzydzieści trzy w Instytucie Transplantologii i w Krakowie siedemnaście, a więc wyraźnie mniej, niż w poprzednich latach. Widać tu pewien związek z osobą kierującego, nie tyle szpitalem, co programem transplantacyjnym. Chodzi o doktora Garlickiego.

Te dane są pewnym udokumentowaniem, zwłaszcza w zjednoczonej Europie, tego, że program transplantacji narządów w Polsce jest wciąż zdecydowanie tańszy, ba, dużo tańszy. Pozwoliłem sobie odnieść się tylko do danych na temat transplantacji serca. Chcę zwrócić uwagę chociażby na program transplantacji wątroby, płuc, serca czy szpiku.

Proszę zwrócić uwagę na koszt transplantacji serca w odniesieniu do innych danych. Ktoś powie: nic dziwnego, że ta dysproporcja jest tak duża. Ja chcę tylko zwrócić uwagę: a co się stanie, jeżeli około dwudziestu siedmiu chorych czekających w tej chwili na przeszczep płuca wyjedzie do Austrii i będzie miało wykonaną transplantację w zjednoczonej Europie? Wówczas zapłacimy za ten zabieg, wykonany w Austrii, dziewięć razy więcej niż za zabieg w kraju. To już jest problem wymagający szerszego rozwiązania. I ten problem musimy my sami, jako środowisko, rozwiązać.

Proszę państwa, czy nas stać na transplantację serca w Polsce? Fakty i mity. Po bardzo starannej analizie, przeprowadzonej w wielu ośrodkach, wykazano, porównując

koszty utrzymania chorego z ciężką niewydolnością krążenia do chorego po przeszczepie, że przeszczep zwraca się już w ciągu pierwszych sześciu miesięcy po transplantacji, nie licząc następnych. A więc nie lamentujemy, że się nie opłaca, to nie ta kategoria. Należy się zastanowić, gdzie jest problem.

W związku z kwestią rocznych kosztów leczenia pacjenta z niewydolnością krążenia, będę chciał dzisiaj zaszczerpić w tym gronie, u państwa, pewien pogląd. Kiedyś z Zabrzem wiązała się – ale nie chodzi tu o miejsce, raczej o problem – zmiana koncepcji leczenia zawałów w Polsce. I analiza medyczno-ekonomiczna pokazała, że to się opłaca nie tylko medycznie, ale i ekonomicznie. Kolejne przesłanie, które staramy się przekazać, jest następujące. Otóż nadszedł czas, aby w tym kraju chorzy z ciężką niewydolnością krążenia trafiali do ośrodków akademickich i ośrodków kardiologicznych szpitali wojewódzkich, bowiem te są do tego przygotowane. Zdecydowanie zmniejszymy śmiertelność, umieszczając znacznie więcej chorych w możliwych różnych procesach leczenia i kiedy uzupełnimy duży niedobór także w zakresie transplantacji na liście oczekujących na przeszczep serca. Notabene polskich danych tu nie ma. Trzeba z satysfakcją powiedzieć, że pierwsza jaskółka pojawiła się w tym roku, kiedy w ramach POLKARD powstał pierwszy program ciężkiej niewydolności krążenia uwzględniający rejestr. Powstał dzięki staraniom tego środowiska, ale i Ministerstwa Zdrowia. Jestem daleki od serwilizmu, ale za to szczególnie dziękuję pani dyrektor Ewie Kacprzak, bo sporo tu wynika z jej inicjatywy.

Wskaźnik przeżycia po transplantacji upoważnia nas jednak, o czym mówił profesor Religa, do tego, żeby powiedzieć wyraźnie, iż jest to uznany sposób leczenia. Przestańmy debatować, czy to możliwe, czy niemożliwe, to już uznany sposób leczenia. Jednak proszę zwrócić uwagę na to, co się zmieniło, na szczęście także w tym kraju. O ile pięć, sześć lat temu odsetek chorych oczekujących na przeszczep i niedoczekujących transplantacji wynosił 50–60% czasami, to w tej chwili jest to w okolicach 17%, a właściwie przybliży się do 11%. Innymi słowy, znacznie ciężiej chorych kwalifikujemy w sposób bardziej obiektywny do transplantacji w oparciu o bardziej obiektywne testy medyczne.

Proszę o kolejne przeżroczce.

To odniesienie do danych niemieckich, które mówią, że pod względem wykonanych przeszczepów serca... I odnosimy do tych danych nasze wyniki. Jednak trzeba powiedzieć, patrząc na polskie dane, że my wciąż mamy troszkę, o 8% w skali kraju, gorsze wyniki, może 10% niż nasi sąsiedzi. Nie wiem, jak jest w przypadku nerki, ale ja chcę tutaj wyraźnie powiedzieć, jak jest. Można znaleźć wiele przyczyn, które to tłumaczą, także dotyczących grupy trudniejszych biorców, niemniej jednak to są fakty, nad którymi wszyscy razem musimy pracować i pracujemy.

Proszę państwa, problemy do rozwiązania. Mówię jeszcze raz: dlaczego w Polsce dwa zasadnicze programy decydujące o poziomie nowoczesnej kardiologii, dotyczące ostrych zespołów wieńcowych i ciężkiej niewydolności krążenia, nie funkcjonowały na oczekiwanym poziomie nie tylko w ośrodkach akademickiej medycyny, ale także w wojewódzkich ośrodkach kardiologicznych? Dzięki Bogu, jest program ostrych zespołów wieńcowych. Pewna fuzja, możliwa po trzech latach, zaowocowała tym, że program ostrych zespołów wieńcowych nie tylko jest realizowany, ale także ocenia się, w jakim regionie kraju czy mieście nie jest wykonywane to leczenie i jakie są wyniki. Oczywiście widać od razu, gdzie nie ma tego programu. Jest tu także odniesienie do ciężkiej niewydolności krążenia.

Sądę, że to samo mogą powiedzieć koledzy przeszczepiający nerki. Co się dzieje, że tak gwałtownie rośnie liczba dializ, a tak dramatycznie maleje liczba chorych czekających na przeszczep nerek?

Dlaczego lista zgłaszanych biorców jest nie tylko skromna, ale często niekompletna? To pewien kamyczek, który... Ale tak jest nie tylko w Polsce, bądźmy szczerzy, tak jest wszędzie i wszyscy nad tym debatują. Działania Instytutu Kardiologii sprzyjają pewnej standaryzacji. I dlaczego w Polsce tak dużo chorych – za dużo – z ciężką niewydolnością krążenia i nieodwracalnym uszkodzeniem serca jest zgłaszanych za późno na aktywną listę do transplantacji?

Oczywiście, patrząc z tej perspektywy, trzeba powiedzieć, że w Polsce jest potrzebny ośrodek, który ma szczególne doświadczenie w zakresie mechanicznego wspomaganie krążenia. Jest to ośrodek profesora Religi. Pozostałe ośrodki ten program też realizują, w daleko mniejszym stopniu, ale mimo to powinny to robić. Niemniej jednak przed nami wiele wyzwań.

Proszę dalej. Już kończę.

Proszę zwrócić uwagę, że w Polsce, czy nam się podoba, czy nie, trzydzieści pięć do czterdziestu tysięcy osób umiera z powodu ciężkiej niewydolności krążenia. I jeżeli transplantacja nie przestanie być dzisiaj sposobem rozwiązania problemu, to pozwoli uratować życie wielu z nich. My szacujemy, że ten poziom, który by nas satysfakcjonował w najbliższych dwóch, trzech latach, to jest poziom sto czterdzięci – sto sześćdziesiąt przeszczepów, a nie sto dwadzieścia w ciągu roku. Daj Boże, żeby chociaż sto czterdzięci było możliwe w tym roku. Analiza tego roku pozwala twierdzić, że na razie nic na to nie wskazuje. Pytanie, dlaczego tak jest?

Na koniec dotknę sprawy płuca. Ponieważ są to problemy, które stają przed nami i czekają na rozwiązanie, chcę wyraźnie podkreślić, że samo środowisko je rozwiązuje. Ale dlaczego wciąż istnieją w Polsce ograniczenia w stosowaniu mechanicznego wspomaganie krążenia?

Proszę państwa, mechaniczne wspomaganie krążenia, od pompy do kontrpulsacji poprzez balon czy metodę ECHO czy sztuczne komory. Chcę państwu powiedzieć, że jestem zwolennikiem reformy. Bez reformy w ochronie zdrowia bylibyśmy w tyle, trzeba tylko korzystać z jej zalet i eliminować jej wady. Ale chcę powiedzieć, że wśród wielu porażek, także i moich, był fakt, że kiedy dyskutowaliśmy o punktach z funduszem, to okazało się, że i balon do kontrpulsacji wewnątrzortralnej, i ECMO, i sztuczne komory mają tę samą liczbę punktów, czyli czterysta. To tak samo, jakby ktoś powiedział, że Łysica, Mont Blanc i K2 w Himalajach mają tę samą wartość i ten sam stopień trudności. Jednak ktoś tu stracił głowę.

Ale żeby zakończyć pozytywnie, powiem, że ten skromny program ECMO potrafi w Polsce uratować około trzydziestu – czterdziestu noworodków. On także pojawił się za późno o jakieś osiem lat. I mam nadzieję, że w niedługim czasie pojawi się w Instytucie Kardiologii w Warszawie, Krakowie i jeszcze w jakimś ośrodku na Wybrzeżu. Dziękuję państwu bardzo za uwagę.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Tych pytań było tak wiele, że zastanawiam się nad ich adresatami...

Bardzo proszę, pan profesor Marek Krawczyk. Przeszczepianie wątroby.

**Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej,
Transplantacyjnej i Wątroby
w Akademii Medycznej w Warszawie
Marek Krawczyk:**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Nim otworzy się ta moja prezentacja, chciałbym powiedzieć, że to, iż my możemy dzisiaj przed państwem wystąpić, to już jest jeden z sukcesów. Chodzi o to, że państwo chcecie nas słuchać. Rzeczywiście tylko dzięki wspólnej pracy będziemy w stanie nadal rozwijać to, co udaje nam się już w tej chwili robić.

Jak daleko jesteśmy i czy naprawdę jesteśmy bardzo daleko za innymi? Może historyczne daty i historyczne postacie – amerykański chirurg profesor Thomas Satrzl w 1963 r. wykonał pierwsze przeszczepienie, nieudane zresztą, wątroby. Dopiero cztery lata później osiągnięto w tym ośrodku dobre wyniki. Europa dołączyła nieco później, to z kolei pan profesor Roy Calne z Cambridge. Proszę państwa, dwadzieścia lat temu był już konsensus lekarski, że przeszczepianie wątroby to nie metoda leczenia doświadczalnego, tylko metoda kliniczna leczenia chorych z przewlekłą, krańcową niewydolnością wątroby. A w tej chwili wiemy, że również z ostrą niewydolnością, jak również z innymi wskazaniami.

Bardzo proszę o następne przeżrocze.

Proszę państwa, to są dane europejskie. Jak państwo widzicie, dołączyliśmy do wykonywania tych transplantacji w 1990 r. W tym roku w Europie wykonywano już ponad dwa tysiące przeszczepień wątroby.

Bardzo proszę o następne przeżrocze.

Co się teraz dzieje w świecie, co się dzieje w Europie? Liczba przeszczepień w tych krajach, które wcześniej uruchomiły ten proces, niewiele już wzrasta, natomiast liczba osób oczekujących na przeszczep rośnie nieporównywalnie. Tak więc możliwości leczenia chorych nie nadążają za potrzebami. Wiadomo, ilu pacjentów potrzebuje w tej chwili przeszczepienia.

W Polsce zaczynaliśmy dosyć wcześnie. W 1987 r., profesor Zieliński wykonał nieudane przeszczepienie wątroby w Szczecinie, a profesor Pardela na Śląsku, również bez dobrych wyników. I tak naprawdę dopiero w 1990 r. zespół profesora Kalicińskiego w Centrum Zdrowia Dziecka wprowadził nas do grona osiągających w tej dziedzinie dobre wyniki. W tej chwili nie wszystkie ośrodki, które rozpoczynały transplantację wątroby w Polsce, wykonują przeszczepienia wątroby. Zaraz będę mówił o tych, które je wykonują.

W ubiegłym roku przeszczepiliśmy w Polsce sto sześćdziesiąt osiem narządów. Gdyby pan pokazał następne przeżrocze, byłoby to czytelniejsze. To są polskie dane. Jak państwo widzicie, od 1997 r., kiedy zaczęło się zmieniać podejście, kiedy w Ministerstwie Zdrowia powstały programy i zaczęto je realizować, liczba przeszczepień wątroby zaczęła gwałtownie wzrastać. W 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 r. i w ostatnim roku wykonano sto siedemdziesiąt transplantacji wątroby. Taka jest ogólna liczba do końca ubiegłego roku. To ciągle zbyt mało. Czyli, jeśli porównamy to z krzywą europejską, to nasza jest prawie taka sama jak europejska, tylko że weszliśmy w ten program w 1990 r., a więc mamy co nadrabiać.

Następne przeżrocze, proszę bardzo.

W zestawieniach europejskich te dane zawsze są opóźnione. Jak państwo widzicie, w poszczególnych krajach, jak Niemcy, Francja i Polska, która nie podaje, niestety

wszystkich danych... To też jest nasz błąd statystyczny, wynikający z tego, że nie wszystkie ośrodki przekazują dane do europejskiego zestawienia. Wskazania europejskie to przede wszystkim marskość wątroby, inne wskazania to nowotwory wątroby – w ograniczonym zakresie – choroby metaboliczne, cholestatyczne itp.

Proszę o następne przeżrocze.

I teraz nasze wskazania, polskie, są identyczne, bo leczymy tych samych pacjentów, na podstawie takich samych kryteriów i w ten sam sposób, jak na świecie, jak w Europie. Zamiast chorego narządu chcemy pacjentowi dać taki, który będzie narządem funkcjonującym.

Bardzo proszę o następne przeżrocze.

To są wyniki europejskie. Jak państwo widzicie, takie są pięcioletnie przeżycia po operacji. Jest to zależne od wieku biorców, różni się także w zależności od wskazań, ale jest to około 70%. Nasze, polskie dane, są zbliżone. Tak więc, mimo że zaczęliśmy później, mamy takie same wyniki, robimy to tak samo dobrze, jak w tej chwili w Europie.

Proszę państwa, inny element postępu to fakt, że dość szybko weszliśmy wspólnie z zespołem profesora Kalicińskiego w przeszczepianie wątroby od dawców żywych. Było to spowodowane faktem niedoboru dawców zmarłych. Państwo pamiętacie taką medialną, bardzo żywo przyjętą informację z 1999 r., dotyczącą pierwszego przeszczepienia wątroby od dawcy rodzinnego.

Bardzo proszę o następne przeżrocze.

Podam dla przykładu, że wątrobę można wykorzystywać, przekazywać dwóm biorcom. Kiedy w 1999 r. zaczęliśmy w Polsce przeszczepianie wątroby od dawców żywych, w całej Europie było dwadzieścia odpowiednich ośrodków. W tej chwili ta liczba jest znacznie większa. I tak rośnie liczba przeszczepień od dawców żywych w Europie; profesor Kaliciński zaraz powie więcej na ten temat. A tak jest w tej chwili u nas, w naszym kraju – już w tej chwili każdego roku jest około piętnastu przeszczepień wątroby od dawców żywych.

Na tej mapie Europy przeszczepiania wątroby od dawców żywych. Polska jest jeszcze lepiej reprezentowana. Proszę zobaczyć: w Hiszpanii jest podobna liczba jak w naszym kraju.

Tutaj jest wymieniany ośrodek profesora Kalicińskiego, z którym współpracujemy, jako jeden z ośrodków przeszczepiających wątrobę od dawcy żywego. Możliwości przeżycia w przypadku przeszczepień od dawców żywych są prawie identyczne jak od dawców zmarłych.

Proszę bardzo o następne przeżrocze.

To jest pewien przykład – ten ojciec dał pół wątroby tej dziewczynie. Obydwoje żyją bez problemów, w tym sensie, że on funkcjonuje normalnie, a ona również po wtórnie dostała możliwość życia.

Jaka jest aktualna sytuacja? W 2003 r. w szpitalu na Banacha przeszczepiliśmy siedemdziesiąt jeden wątrób, u profesora Kalicińskiego w Centrum Zdrowia Dziecka – czterdzieści jeden, u profesora Rowińskiego – dwadzieścia sześć. W dwóch ośrodkach szczecińskich – dwadzieścia pięć, w jednym piętnaście, w drugim dziesięć. I wreszcie we Wrocławiu odbyło się pięć transplantacji. Stąd ta liczba stu sześćdziesięciu ośmiu transplantacji. Te ośrodki wykonują w tej chwili te zabiegi w sposób porównywalny z tym, co dzieje się w Europie i na świecie.

Proszę państwa, co powinniśmy zrobić, żeby było lepiej w tym kraju? Skoro w ubiegłym roku ogólna liczba wykonanych transplantacji wyniosła sto sześćdziesiąt osiem, z czego sto dwadzieścia siedem u osób dorosłych, to prawdopodobnie, bo nie ma danych, które byłyby jednoznaczne, powinniśmy przeszczepiać wątrobę, w przypadku osób dorosłych, około czterystu chorym rocznie. Czyli brakuje w tej chwili co najmniej jakichś dwustu siedemdziesięciu trzech transplantacji. Jeżeli patrzeć teraz na koszty, które są obecnie pokrywane, to brakuje około 45 – 46 milionów zł rocznie.

Czy te ośrodki, które istnieją, są w stanie zaspokoić potrzeby naszego kraju? Zakładamy, że w szpitalu na Banacha możemy wykonywać rocznie sto przeszczepień wątroby, jeżeli będzie odpowiednia liczba dawców. W klinice profesora Rowińskiego – co najmniej pięćdziesiąt rocznie, podobnie w klinice profesora Kalicińskiego. Jeżeli w dwóch ośrodkach szczecińskich będzie wykonywanych pięćdziesiąt przeszczepień rocznie, a we Wrocławiu dwadzieścia pięć, to ciągle będzie nam brakowało co najmniej stu siedemdziesięciu trzech przeszczepień wątroby. Czyli powinniśmy stworzyć co najmniej cztery ośrodki w Polsce, które będą przeszczepiały po czterdzieści narządów rocznie. Takie wydają się potrzeby, ale czy jesteśmy w stanie to zrobić? Czy możemy utworzyć nowe ośrodki, mając określoną sumę pieniędzy? Jeżeli ich nie będzie, to ośrodki, które obecnie przeszczepiają dużą liczbę narządów, zaczną to ograniczać, bo wtedy ta pula pieniędzy już nam się nie zwiększy. Tak więc trzeba tworzyć nowe ośrodki, ale tylko wówczas, jeżeli będą nowe możliwości finansowe.

Bardzo dziękuję państwu za uwagę.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Teraz posłuchamy o przeszczepianiu trzustki.

Pan profesor Jacek Szmidt.

Nie wiem, czego jeszcze nie można przeszczepić... Chyba już wszystko.

Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej w Akademii Medycznej w Warszawie Jacek Szmidt:

Proszę państwa, dziękuję za zaszczyt zaprezentowania tu tematu transplantacji trzustki w Polsce. Chcę jednak powiedzieć, że to jest narząd w niewielkim stopniu przeszczepiany, w porównaniu z innymi narządami. Jest to dość mało popularny rodzaj narządu do przeszczepienia, choć tak naprawdę bardzo ważny.

Jeśli można, to chciałbym o tym powiedzieć państwu dwa słowa.

Proszę państwa, cukrzyca jest w tej chwili chorobą społeczną, chorobą bardzo powszechną. Cukrzyków jest coraz więcej. Nie do końca jest jasne, czynniki tego nie są znane, dlaczego zwiększa się liczba chorych na cukrzycę, ale niewątpliwie takie są fakty. W Polsce w tej chwili problem cukrzycy dotyczy około miliona osób. Ocenia się, że w 2001 r. na świecie było ponad sto pięćdziesiąt milionów chorych na cukrzycę.

Proszę państwa, ta cukrzyca – będę o tym mówił bardzo skrótowo – przy której robi się przeszczepienia trzustki lub wysp trzustkowych, to głównie cukrzyca pierwszego typu. Bo jakie są możliwości leczenia? Albo insulina, jak państwo doskonale

wiecie, albo leczenie przeszczepianiem bądź samych wysp trzustkowych, bądź stosowaniem przeszczepu narządowego trzustki. Istnieje jeszcze takie pojęcie, jak sztuczna trzustka. Oczywiście jest bardzo dalekie od tego, co sobie wyobrażamy, jeśli byśmy porównywali to ze sztuczną nerką. Proszę państwa, pozostaje problem cukrzycy typu drugiego, która również jest bardzo poważnym zagrożeniem, a także problem dyskusyjnego leczenia przeszczepianiem.

Proszę państwa, cukrzyca w swoim rozwoju, tak naprawdę nieuchronnym, prowadzi do różnych powikłań. To chociażby nefropatia cukrzycowa, z którą się stykam bardzo często, ponieważ dotyczy to i diabetologii, i nefrologii, i transplantologii. Pozostałe powikłania są równie częste. To mikroangiopatia, to neuropatia, która ma swoje trzy gałęzie, retinopatia – chorzy bardzo często tracą wtedy wzrok w wyniku przebiegu cukrzycy. Związany jest z tym także rozwój makroangiopatii. Proszę państwa, chorych dializowanych z powodu nefropatii cukrzycowej w Polsce, czyli takiej niewydolności nerek, która powstała w wyniku niekorzystnego rozwoju cukrzycy, w 2002r. było ponad dwa tysiące. Jak widać, ta liczba stale wzrasta. A wzrasta z tego powodu, że właściwie jest stawiane rozpoznanie, a głównie dzięki rozwojowi dializoterapii. Kiedyś chory z cukrzycą, praktycznie biorąc, nie był kwalifikowany do dializy. Uważało się, że to jest trudny chory, który będzie sprawiał wiele kłopotów na dializach. I jeśli czekali młodszy i w lepszym stanie zdrowia, to cukrzycy zwykle nie byli kwalifikowani do przewlekłej dializoterapii. Teraz sytuacja bardzo się zmieniła na korzyść. Jak tu widać, dwa tysiące osób jest dializowanych z powodu nefropatii cukrzycowej.

Następne przeżrocze poproszę.

Proszę państwa, skoro już jesteśmy przy chorych, u których rozwinęła się ta nefropatia cukrzycowa i mających już niewydolność nerek z powodu niekorzystnego przebiegu cukrzycy, to powiedzmy, jakie są możliwości leczenia. Są takie: dializoterapia i insulinoterapia, co jest oczywiste u chorych z cukrzycą, w szczególności pierwszego typu, bądź przeszczep nerki i insulinoterapia, bądź przeszczepienie obu narządów. I wtedy, po udanym przeszczepieniu i trzustki i nerki, i insulinoterapia, i dializoterapia oczywiście nie jest niepotrzebna.

Przeszczepienie trzustki u chorego z niewydolnością nerek przede wszystkim poprawia komfort życia. Taki chory nie musi być dializowany i żyje w zupełnie inny sposób, nie musi sobie wstrzykiwać insuliny. Ale, co ważniejsze od tego komfortu, chyba ważniejsze – pozwala to zwykle na leczenie lub wstrzymanie rozwoju tych powikłań, o których wspomniałem, bardzo poważnych powikłań, łącznie z utratą wzroku.

Proszę państwa, ta cukrzyca, wkraczając w schyłkową niewydolność nerek, będąc przedtem leczona insuliną, wymaga dializoterapii. To jest może przedstawione w innej formie niż poprzednio.

Zwykle się wykonuje jednoczesne przeszczepienie i trzustki, i nerki, oczywiście u tych chorych, którzy wymagają leczenia dializami i mają cukrzycę. Zwykle robi się to dlatego, że przeszczepienie równocześnie trzustki i nerki daje lepsze wyniki niż przeszczepienie samej trzustki. Występuje jakby współdziałanie ochronne tych obu narządów i niewątpliwie taki model przeszczepienia – i trzustki, i nerki – u chorego, który ma niewydolność nerek i zaawansowaną cukrzycę, jest najlepszy.

Proszę państwa, nasi chorzy leczeni w Polsce... Chodzi o chorych na cukrzycę typu pierwszego... Mówię w tej chwili tylko o tych chorych. I u tych chorych, którzy mieli przeszczepienia, cukrzyca była wykrywana średnio w czternastym roku życia.

Jakieś dwadzieścia dwa lata trwa choroba przed transplantacją trzustki i nerki. Okres dializ, czyli okres od rozpoznania zaawansowanej nefropatii cukrzycowej do momentu przeszczepienia średnio wynosi osiemnaście miesięcy. „Spktx” to jest angielski skrót, który jest używany powszechnie. Chodzi o równoczesne przeszczepienie trzustki i nerki.

Proszę państwa, jak to wygląda na świecie, po porównaniu z innymi narządami? Na świecie, jak widać, nie jest to aż tak bardzo popularny narząd do przeszczepienia. Tak naprawdę bardzo trudno jest go przeszczepić. Proszę zobaczyć, że Ameryka tutaj jest bardzo daleko przed Europą. Wykonuje się tam około tysiąca ośmiuset transplantacji rocznie.

Może następne przeźrocze, bo tu jest tylko o naszej klinice, tutaj nie ma jakichś imponujących liczb.

Sześćdziesiąt dwa przeszczepienia w naszej klinice i czterdzieści dziewięć w drugiej. Są tylko dwa ośrodki przeszczepiające trzustkę w Polsce. Może to dobrze, może źle, bo jednak jest to bardzo specjalistyczny rodzaj przeszczepiania. Chodzi mi o to, że może bardziej powinno się rozwijać te ośrodki niż tworzyć następne. Jest to klinika profesora Rowińskiego i klinika, którą ja mam zaszczyt prowadzić. Liczba przeszczepień jest podobna w obu tych klinikach. W sumie dotychczas przeszczepiono sto jedenaście trzustek włącznie z nerką, równocześnie u tych samych biorców.

Proszę państwa, liczba potencjalnych biorców jest tak naprawdę bardzo duża. Tutaj jest powiedziane, że jest to dziewięćset czterdzieści osób, ale to są chorzy dializowani z powodu nefropatii cukrzycowej w przebiegu cukrzycy typu pierwszego, czyli ci, u których głównie przeszczepiamy trzustkę. Chorzy na cukrzycę drugiego typu nie bardzo wchodzi w grę jako potencjalni biorcy narządów. Tak więc mamy tych dziewięćset czterdziestu dializowanych aktualnie osób, a co roku rozpoznaje się mniej więcej dwustu dziewięćdziesięciu następnych chorych, którzy dochodzą do programu dializ. Potrzeby są w takim razie naprawdę bardzo duże. Jak państwo widzą, my zaspokajamy mniej więcej 2% potrzeb. Nie wszyscy z tych chorych oczywiście nadają się do przeszczepienia, ale te liczby pokazują skalę problemu. Liczba przeszczepów, które są w tej chwili wykonywane, jest bardzo daleka od tej, którą byśmy chcieli osiągnąć, bo rocznie jest wykonywanych około szesnastu przeszczepień trzustki i nerki.

Poproszę następne przeźrocze.

Proszę państwa, tu jest pokazane, że w tym okresie, czyli w okresie bardzo krótkim – bo w 1988 r. było pierwsze udane przeszczepienie trzustki, w moim zespole i prawie równocześnie u profesora Rowińskiego, tak więc trudno tutaj osądzić, kto pierwszy to zrobił – po dziesięciu latach przeszczepiania było zgłoszonych do równoczesnego przeszczepienia trzustki i nerki dwustu pięćdziesięciu sześciu chorych do centralnej listy biorców, potencjalnych biorców, oczywiście. Z tych chorych stu siedemnastu było leczonych przeszczepieniem. Był to albo przeszczep trzustki i nerki – u pięćdziesięciu jeden chorych w tym okresie, albo, w przypadku chorych z rozwiniętą cukrzycą, zaawansowaną cukrzycą i niewydolnością nerki – przeszczep samej nerki u sześćdziesięciu sześciu chorych.

Wyliczono skumulowane wskaźniki, one tutaj są pokazane. Proszę zobaczyć, że biorcy przeszczepów... To może nie jest dokładnie to samo. Chodzi o to, że w zestawieniu biorców przeszczepów chorych na cukrzycę i dializowanych w późniejszym okresie od początku obserwacji bardzo widać, że ich wskaźniki przeżycia wypadają na niekorzyść tych chorych, którzy byli tylko dializowani, a nie leczeni przeszczepieniem. Tak

naprawdę ta zasadnicza różnica zaczyna się od trzeciego roku od wejścia na dializy; w ten sposób należy to ująć. Chorzy dializowani mają dużo mniejsze szanse przeżycia następnych dziesięciu lat w porównaniu z chorymi leczonymi przeszczepieniem nerki i trzustki. Tutaj natomiast państwo widzą porównanie chorych, którzy mieli przeszczepioną nerkę i trzustkę razem albo samą nerkę. To chorzy z niewydolnością nerek w przebiegu cukrzycy. Czyli są to chorzy z cukrzycą, którzy mieli przeszczep albo samej nerki, albo nerki i trzustki. I znowu liczby przemawiają tu na korzyść przeszczepienia obu narządów.

Proszę o następne przeżrocze.

Proszę państwa, tutaj będzie bardzo krótko, bo chyba nie wszystko jest istotne. Niewątpliwie śmiertelność po dziesięciu latach od przeszczepienia jest mniejsza u chorych z przeszczepioną trzustką i nerką, zwłaszcza jeśli w porównaniu do chorych leczonych dializami, które dają dużo większą śmiertelność, jak również do chorych leczonych samym przeszczepieniem nerki, mających zaawansowaną cukrzycę. Po dwunastu miesiącach – a są to, jak wspominałem państwu, narządy dosyć trudne do przeszczepienia – z funkcjonującą trzustką i nerką żyje 75% biorców, co nie oznacza, że pozostali zmarli, po prostu te 75% po jednym roku ma czynne oba narządy. Ten pierwszy rok jest oczywiście najbardziej krytyczny. Później w bardzo małym stopniu zmniejsza się liczba tych chorych z czynnymi przeszczepieniami.

A to jest znowu takie podsumowanie, które daje pojęcie o skali problemu. Jest w tej chwili dziewięćset czterdziestu chorych dializowanych z cukrzycą typu pierwszego. Przedtem mówiłem o ponad dwu tysiącach chorych dializowanych, ale to byli chorzy z cukrzycą typu pierwszego i drugiego. Ci chorzy są potencjalnymi biorcami trzustki. Oczywiście nie wszyscy, a więc ta liczba mówi o bardzo potencjalnych biorcach, bo znaczna część z nich nie nadaje się do przeszczepienia. Jednak do tej liczby dochodzi około dwustu dziewięćdziesięciu chorych z cukrzycą typu pierwszego, którzy w najbliższym czasie będą musieli być leczeni dializami. W tej chwili jest taka tendencja – bardzo korzystna, wydaje się, dla chorych – żeby następowało przeszczepienie i trzustki, i nerki u tych chorych, którzy są bliscy rozpoczęcia dializoterapii, czyli mających zaawansowaną niewydolność nerek, ale jeszcze niewymagających dializ.

To wszystko, dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Teraz przeszczepianie komórek krwiotwórczych.

Bardzo proszę pana profesora Hołowieckiego.

**Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku
w Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach**

Jerzy Hołowiecki:

Dzień dobry państwu.

Pani Przewodnicząca! Wielce Szanowni Państwo!

Transplantacja szpiku jest w zasadzie procedurą znaną już od dwudziestu pięciu lat, ale stale coś się tu dzieje nowego i być może dlatego trudno o niej całkiem zapomnieć. Tu jest dużo inwencji, dużo wysiłku intelektualnego, tak więc w tej dziedzinie stale dzieje się coś nowego.

Najlepszym dowodem dużej wartości tego zabiegu jest gwałtowny wzrost liczby takich transplantacji na świecie. Z końcem ubiegłego stulecia wykonywano na świecie około pięćdziesięciu tysięcy transplantacji rocznie. Są tu oczywiście stale pewne zmiany, pewne procedury wykonywane są rzadziej, liczba innych, jak na przykład przeszczepień od dawców niespokrewnionych, stale się powiększa.

Na tym przeźroczu chciałbym tylko pokazać, że prawidłowo powinniśmy mówić o transplantacji komórek krwiotwórczych, chociaż na świecie „przeszczepianie szpiku” dalej bywa terminem powszechnie używanym. W rzeczy samej mamy kilkanaście zupełnie różnych procedur, które kryją się pod tą nazwą. Są to procedury o bardzo dużym zróżnicowaniu, jeśli chodzi o stopień trudności, i o bardzo różnej cenie. Zależy to od tego, czy komórki do przeszczepienia są pobierane z krwi czy ze szpiku, czy są to komórki własne – bo tu, w odróżnieniu od przeszczepów narządowych, wcale często wykonuje się tak zwane autoprzeszczepy – czy dawca jest spokrewniony, czy nie, a wreszcie to, czy są stosowane różne metody obróbki. Te wszystkie metody są potrzebne. To nie jest tak, że one jedne zastępują drugie. Jak tu pokazuję, wśród tysiąca transplantacji zrobionych w naszym ośrodku wszystkie te odmiany w jakimś procencie były użyte, bo one były dostosowane do potrzeb pacjenta, do sytuacji, do choroby, do jej fazy.

Najogólniej rzecz biorąc, wyróżnia się autotransplantację, gdzie człowiek, odpowiednio przygotowany, na ogół z nowotworem, ma pobrane komórki krwiotwórcze i następnie oddane z powrotem po odpowiednio silnym leczeniu, i drugi rodzaj zabiegu – kolejne przeżroczce to pokazuje – gdzie ten pacjent musi mieć dawcę. Tu, w odróżnieniu od przeszczepów narządowych, dobór dawcy nie może być losowy. Dawca musi być znaleziony przy użyciu bardzo wyspecjalizowanych metod biologiczno-molekularnych. Szansa znalezienia dawcy jest zależna od tego, czy jest brat lub siostra – na ogół 20% ludzi może mieć takiego dawcę. Ale oznacza to, że 80% ludzi nie znajdzie dawcy wśród rodzeństwa. A szansa znalezienia takiego dawcy wśród innych ludzi, niespokrewnionych, jest jak jeden do kilkudziesięciu tysięcy; to się waha zależnie od tego, jaki jest fenotyp. Poszukiwania te w Polsce są prowadzone za pośrednictwem Poltransplantu, który na mocy odpowiednich ustaw kieruje całą procedurą.

Żeby za dużo o tym nie mówić, dam tylko przykład Adama z Warszawy, który kilka lat temu stanął przed problemem przeszczepu. Nie znalazł dawcy nigdzie w Europie, znalazł go w dalekim Cincinnati. To zdjęcie jest zrobione już kilka lat po pierwszym przeszczepieniu. Odpowiednie przepisy pozwalają, żeby ci dwaj się zobaczyli. Trzeba powiedzieć, że było tu kilka niezwykłości. Ci dwaj panowie wykonują ten sam zawód, obydwaj są inżynierami lotnictwa. To jest Polak, to jest Amerykanin. A ten drugi, Paul, zasługuje na pokazanie również dlatego, że on już trzykrotnie oddał szpik innym ludziom. To jest też dowód na to, że oddanie szpiku nie upośledza samej zdolności krwiotwórczej dawcy.

Sposób pobierania materiału jest różny – klasyczny operacyjny albo przy użyciu odpowiednich urządzeń. To jest tak zwany przeszczep z komórek krwi obwodowej. Inną ciekawą metodą, która się rozwija, jest jeszcze pobieranie komórek w sytuacjach okołoporodowych; to jest tak zwana krew pępowinowa. Tutaj problemem jest liczba tych komórek. Na ogół ich jest za mało dla przeszczepień u biorców dorosłych.

Jeśli chodzi o zastosowanie, to najogólniej rzecz biorąc, można powiedzieć, że przeszczepienia autologiczne są dzisiaj stosowane głównie w leczeniu złośliwych chłoniaków, szpiczaka plazmocytozowego – to są te żółte słupki. Te zielone kolumny

prezentują zastosowania alloprzeszczepów – chodzi tu głównie o różnego typu białaczki, ostre, przewlekłe, jak również nieodwracalne uszkodzenia szpiku lub wrodzone defekty układu obronnego, kiedy musimy przeszczepić szpik od drugiej osoby.

I znowu, w odróżnieniu od przeszczepów narządowych, głównym problemem jest nie sam fakt „przyjęcia się szpiku”, jak się potocznie mówi, tylko taki, że to szpik przeszczepiony, który de facto jest również całym aparatem obronnym, całym aparatem odpowiadającym za integralność człowieka. I ten szpik może zniszczyć całego człowieka. To się nazywa reakcją „przeszczep przeciwko gospodarzowi”. Ona musi być utrzymana pod kontrolą. Do tego służy to odpowiedni dobór, który jest odpowiednio kosztowny, a potem w odpowiedni sposób musi być przeprowadzony proces nabycia tolerancji. Na ogół ci ludzie po przeszczepieniu nie muszą już stosować żadnych leków. Ale cały ten problem ma duży stopień skomplikowania, jest wiele czynników ryzyka, wiele mechanizmów komórkowych. To jest cała gałąź wiedzy.

Chciałbym zwrócić uwagę, że są pewne czynniki decydujące o powodzeniu przeszczepienia, zależne od organizacji służby zdrowia. Te trzy krzywe pokazują prawdopodobieństwo wyleczenia po pięciu latach, mierzone nawet do osiemnastu lat, zależnie od tego, czy zabieg jest wykonany wcześniej, czy później. Jak państwo widzą, tu jest bezpośrednia zależność. Co to oznacza? Otóż wahanie się chorego, konserwatyzm lekarza czy też długa kolejka do zabiegu może spowodować, że zamiast tej dużej wyleczalności będziemy mieli, niestety, tę krzywą niekorzystną, często przy jeszcze większych nakładach.

I tu przechodzimy, niestety, do tych zależności ekonomicznych. To jest krzywa przedstawiona przez Europejskie Towarzystwo Transplantacji Szpiku, która jasno pokazuje, że tam, gdzie wydatki na służbę zdrowia przekraczają 2 tysiące dolarów rocznie, tam intensywność przeszczepiania jest na poziomie czterysta na dziesięć milionów na rok. Tam, gdzie – tak jak w Polsce – jest to kilkaset dolarów, ta intensywność jest odpowiednio mniejsza. Jest to, niestety, bezpośredni związek, prosty związek, który wskazuje na zależność ekonomiczną. Ale chciałbym zwrócić uwagę, że Czesi – mają oni wprawdzie dwukrotnie większe wydatki na służbę zdrowia – na transplantacje przeznaczyli znacznie więcej pieniędzy i ich wskaźnik jest w zasadzie już taki, jak przodującej europejskiej Piętnastki.

Jeśli chodzi o rozwój historyczny transplantacji w Polsce, to myślę, że widać tu duży postęp. Podobnie jak poprzednicy, chciałbym podnieść sprawę odpowiedniej organizacji, a także fakt, że to jest historycznie najbardziej wczesna forma kontraktowania usług z Ministerstwem Zdrowia. Nawiasem mówiąc, my się bardzo boimy, żeby to nie przeszło do Narodowego Funduszu Zdrowia i prawie na każdym spotkaniu rady transplantacyjnej są prośby, żeby to, co działa, nadal było utrzymywane.

Ta droga, od tych pierwszych przeszczepień, była dosyć długa – profesor Jędrzejczak, jeden z pionierów, jest tutaj na sali – aż do siedmiuset dziewięćdziesięciu trzech przeszczepień w ostatnim roku. Z jednej strony to pocieszające, z drugiej jednak strony, kiedy popatrzymy na ten słupek, który reprezentuje tutaj Polskę na tle krajów europejskich, to jest to dwa razy mniej, niż wynosi mediana dla tej Piętnastki europejskiej, do której myśmy dołączyli. To oznacza, że jesteśmy w połowie drogi do tego, ażeby dogonić czołówkę państw europejskich.

W Polsce mamy w tej chwili szesnaście ośrodków przeszczepiania. Tu jest pokazany rozkład – w Warszawie cztery ośrodki, w innych miastach na ogół jeden do

trzech ośrodków. Jeśli chodzi o rozkład liczby zabiegów, to osiem, czyli połowa z tych jednostek, wykonuje poniżej czterdziestu przeszczepień. I to powinno ulec poprawie. Dlaczego? Następne przeźrocze – to jest amerykańskie badanie – jasno wykazuje, że ośrodek w miarę upływu lat nabywa doświadczenia, poprawia wyniki i koszty spadają. Czyli trzeba spowodować, żeby ośrodki, które działają, dochodziły do swojego optimum, a dopiero potem tworzyć nowe.

To jest zawiła tabela. Chciałem tu tylko pokazać, że plan w różnych kategoriach przeszczepu na rok 2003 został wykonany.

Plan został wykonany prawie w pełni, z dokładnością paru procent. Na rok nadchodzący, 2004 – w tej chwili to rok bieżący – planowaliśmy o 10% więcej przeszczepień. Chcieliśmy w szczególności, żeby do stu trzydziestu wzrosła liczba przeszczepień od dawców niespokrewnionych. Niestety, to pokazuje prawdę – ta prawa kolumna i te cyferki na dole pokazują, że stanęliśmy w miejscu. W tym roku liczba przeszczepień jest, najogólniej mówiąc, taka sama. Zachodzi obawa, że po raz pierwszy od wielu lat nie będzie tego wzrostu, który zwykle wynosił w Polsce rocznie 15%, a więc było to co najmniej tyle, co w innych krajach.

Co gorsza, kolejne przeźrocze pokazuje koszty poszczególnych rodzajów transplantacji w trzech najważniejszych kategoriach. Chciałbym zwrócić uwagę, że one są już dzisiaj nierealne. One od wielu lat nie ulegają zmianom, bo liczba pieniędzy jest stale ta sama. Tego nie da się utrzymać. Zwracam uwagę, że na przykład w przypadku przeszczepień od dawców niespokrewnionych sam koszt pozyskania szpiku z rejestrów – a musimy współpracować, inaczej nie da się uzyskać szpiku dla niektórych ludzi – przekracza połowę całego wydatku na przeszczepienie, bo to jest wydatek liczony w takiej samej skali, jak na całym świecie, to nie jest jakaś polska, odosobniona skala. Ten rachunek za przeszczep szpiku powinien być w zasadzie podzielony i ta część płatności za pozyskany szpik, która nie jest zależna od ośrodka, tylko od rejestru, powinna być osobnym rzeczywistym rachunkiem.

Chcę też zwrócić uwagę, że przeszczepianie szpiku ma bardzo wysoką efektywność kosztową. Dla przykładu, jeżeli przeszczepimy szpik od rodzeństwa w białaczkę szpikowej przewlekłej, to jest to ekwiwalent zaledwie rocznego leczenia lekiem, który stanowi alternatywę, a przy stosowaniu tego leku trzeba tę kurację powtarzać co roku. Czyli tutaj za 100 tysięcy mamy wyleczenie, natomiast pięć lat życia przy użyciu leku imatinib będzie kosztowało pół miliona zł, bo corocznie 100 tysięcy.

(Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych w Akademii Medycznej w Warszawie Wiesław Jędrzejczak: Od maja cena wzrosła o 50%.)

Nawet więcej, bo cena jeszcze wzrosła.

W podsumowaniu chciałbym w związku z tym powiedzieć, że przeszczepianie szpiku jest efektywną metodą, która ratuje życie wielu młodym ludziom. W tej chwili również życie ludziom coraz starszym, bo bariery wiekowe są stale pokonywane, sięga to nawet siedemdziesiątego roku życia. Chciałbym też powiedzieć, że efektywność kosztowa jest bardzo wysoka i jeżeli my nie chcemy stanąć w miejscu, to powinno się dofinansować ten program środkami rządu 50% obecnych wydatków. Byłoby to dwa razy więcej, niż wydano na zabezpieczenie szyb w czasie kwietniowego Europejskiego Szczytu Gospodarczego w Warszawie – przeczytałem to w gazecie – a więc nie jest to aż tak duża kwota. I myślę, że co roku powinno się zwiększać te nakłady co najmniej

o 10%, ażeby do 2010 r. naprawdę dołączyć do Piętnastki, do której formalnie dołączyliśmy parę dni temu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Bardzo dziękuję, Panie Profesorze.

Pozostało nam do omówienia przeszczepianie narządów u dzieci.

Bardzo proszę pana profesora Piotra Kalicińskiego.

**Kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów
w Instytucie Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie
Piotr Kaliciński:**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo!

Zagadnienie przeszczepiania narządów u dzieci w Polsce w pewnym sensie, chociaż nie całkowicie, wiąże się właściwie z działalnością jednego ośrodka, chociaż nie należy zapominać o tych przeszczepach nerek, które częściowo odbywają się w ośrodkach dla dorosłych, o przeszczepach u pacjentów z pogranicza wieku dziecięcego i dorosłego.

Chcę zwrócić uwagę na kilka bardzo istotnych aspektów, które odróżniają populacje chorych dzieci z niewydolnością poszczególnych narządów od populacji osób dorosłych.

Niewydolność narządów u dziecka, nawet pojedynczego narządu, zawsze powoduje znaczne i z czasem nieodwracalne opóźnienie rozwoju fizycznego poprzez konieczność wielokrotnej hospitalizacji, często niemalże przywiązanie do łóżka. Niewątpliwie ogranicza to również możliwość rozwoju intelektualnego, edukacji, a poprzez to również pogarsza jakość życia tych dzieci. Bardzo wczesnie niewydolność jednego narządu prowadzi do uszkodzenia innych narządów i układów, dlatego przeszczep u dziecka musi być wykonywany wcześniej, wkrótce po pojawieniu się niewydolności narządu. Przeszczep potrafi wówczas zapobiec tym zaburzeniom rozwoju fizycznego, intelektualnego i wtórnym uszkodzeniom innych narządów. Udany przeszczep stwarza szanse nie tylko na pełną rehabilitację rozwoju fizycznego i intelektualnego, ale również na rehabilitację socjalną, czyli ukończenie normalnej szkoły, podjęcie pracy, założenie rodziny. Dowody tego mieliśmy już niejednokrotnie. Ci, u których zastosowano przeszczepianie w wieku dziecięcym, są już dzisiaj rodzicami, kobiety rodzą dzieci.

Pierwszy przeszczep nerki w Centrum Zdrowia Dziecka był wykonany u dziecka w 1984 r. Później te programy przeszczepowe były konsekwentnie rozwijane w naszym ośrodku poprzez przeszczepy wątroby, poprzez wspólny program przeszczepów rodzinnych wątroby, o czym wspominał pan profesor Krawczyk, również poprzez rozwój przeszczepów rodzinnych nerek we współpracy z kliniką profesora Rowińskiego, ale również poprzez rozwój przeszczepów wielonarządowych, do których również już pomału dochodzimy.

To przeżycie pokazuje, jakie są przyczyny niewydolności nerek u dzieci. Główną przyczyną są wady wrodzone układu moczowego i nefropatia refluksowa, która też wynika z wad wrodzonych. To dotyczy około 50% dzieci. Dlaczego to mówię? Dlatego, że to są choroby, które bardzo wczesnie prowadzą do niewydolności nerek. Oznacza to, że około 50% dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek wymaga przeszczepienia nerki już przed dziesiątym rokiem życia.

Liczba dzieci dializowanych w Polsce wynosi stale dwieście, a nawet trzysta dzieci. Liczba chorych dzieci oczekujących na przeszczep nerki jest nieco mniejsza. W znacznie większym stopniu zgłasza się jednak pacjentów dziecięcych na listę – tutaj wskaźnik wynosi około 71%, w porównaniu do dorosłych jest znacznie większy, a zgłoszenie zawsze jest udokumentowane medycznymi przeciwwskazaniami, na ogół chwilowymi, dotyczącymi przeszczepienia. Przede wszystkim ci pacjenci dziecięcy rzeczywiście potrzebują znacznie szybciej przeszczepienia niż dorośli. Niemniej jednak obliczamy, że minimalna liczba przeszczepów nerek u dzieci, która powinna zacząć skracać tę listę oczekujących, jest na poziomie sześćdziesięciu, siedemdziesięciu, a może nawet osiemdziesięciu przeszczepień rocznie. Z kolei, w porównaniu do tych potrzeb – dzieci poniżej dziesiątego roku życia stanowią tylko poniżej 30% biorców przeszczepów nerek, a średni czas oczekiwania na przeszczep biorcy dziecięcego wynosi od dwóch i pół do trzech lat.

Rozwój transplantacji nerek u dzieci następował kilkufazowo. Rzeczywiście, jak zresztą mówili moi przedmówcy, pewne organizacyjne regulacje, a także regulacje prawne spowodowały, że przeszczepianie nerek u dzieci rozwija się dość harmonijnie, również poprzez istotny wzrost przeszczepiania nerek od dawców rodzinnych. Potrzeby w zakresie liczby wykonywanych rocznie przeszczepów nerek u dzieci w Polsce na dzień dzisiejszy pokryte są co najwyżej w około 60%. Wskaźnik przeżycia przeszczepów i pacjentów nie różni się od danych światowych i europejskich w tej populacji biorców.

Teraz przejdę do drugiego narządu przeszczepianego u dzieci. Oczywiście najczęściej chodzi o przeszczepy wątroby. I jeszcze raz przyczyny – w około 50% to są cholestazy niemowlęce. To powoduje, że zapotrzebowanie, które wynosi w Polsce około czterdziestu do pięćdziesięciu przeszczepów u dzieci rocznie, dotyczy głównie populacji bardzo małych dzieci, w wieku poniżej pięciu lat, bo około 50% potencjalnych biorców to są dzieci w tym wieku. Chcę powiedzieć, że w okresie ostatnich trzynastu lat zakwalifikowaliśmy do przeszczepu ponad trzysta dzieci z niewydolnością wątroby.

Chyba jeszcze bardziej dramatycznie widać różnicę w rozwoju tego programu, która nastąpiła pod koniec lat dziewięćdziesiątych. Wiąże się to z dwoma aspektami: z dobrą regulacją w sensie finansowania przeszczepów, jak również z wdrożeniem programu przeszczepów rodzinnych, co spowodowało bardzo istotny wzrost liczby przeszczepów, zarówno dzięki stosowaniu narządów ze zwłok, jak i od dawców rodzinnych. Nie wiem, czy państwo pamiętacie, te liczne apele z lat dziewięćdziesiątych o zbiórki pieniędzy na przeszczep za granicą. Tak było rzeczywiście, w tej chwili to już się praktycznie skończyło, kiedy doszliśmy do tej liczby około czterdziestu, czterdziestu kilku przeszczepień rocznie.

To samo... Bardzo niewyraźne to przeżrocze.

Może jeszcze ważniejsze jest to, że śmiertelność pacjentów w okresie oczekiwania na przeszczep właściwie zmalowała niemalże do zera. Dotyczy tylko tych dzieci, które mają ostrą niewydolność wątroby i wymagają przeszczepu w ciągu paru dni. Niestety, nie dla każdego udaje się znaleźć narząd. Nasze wyniki, warunki, które jesteśmy dziś w stanie zaoferować pacjentom, porównywane z okresem całego naszego programu, nie różnią się od danych europejskich za cały ten okres.

Jeśli weźmiemy natomiast pod uwagę pierwszy okres tak zwanej krzywej nauki i ostatnie pięć lat, to widać ogromny postęp, który lokuje nas na poziomie ponad 90% odległych przeżyć po przeszczepie wątroby u dzieci. I tak naprawdę jedynie w przy-

padku przeszczepiania wątroby u dzieci stało się tak, że wykonanie jest niemal równe zapotrzebowaniu, to jedyny chyba taki narząd i populacja.

To jest długa lista jak gdyby warunków utrzymania dotychczasowego poziomu. Chcę zwrócić uwagę na kilka aspektów. Bardzo ważne są regulacje prawne, bardzo ważne jest finansowanie, bardzo ważne są pewne rozwiązania organizacyjne, które ułatwią to finansowanie. Ale proszę również zwrócić uwagę, że my dziś nie mamy – wobec rozwoju programów przeszczepiania od dawców żywych – żadnego programu wspomagania socjalnego i ochrony socjalnej nad tymi dawcami.

Jeśli chodzi o dzieci, bardzo ważny jest również system alokacji narządów pozyskiwanych ze zwłok, który niemalże w każdym kraju w Europie preferuje dzieci. Taką preferencją stała się w Polsce zasada pierwszeństwa biorców dziecięcych do zmarłych dawców pediatrycznych. Myślę, że to będzie dalej kontynuowane.

(Brak nagrania)

**Kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów
w Instytucie Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie
Piotr Kaliciński:**

Jeśli chodzi o wątrobę, to myślę, że rezerwy są już tutaj niewielkie, ale na pewno jeszcze pięć – dziesięć przeszczepów więcej rocznie jeszcze bardziej by poprawiło sytuację w Polsce.

Puka do drzwi, że tak powiem, program przeszczepów jelita dotyczący populacji dziecięcej, który dziś jest już rutynowym leczeniem w wielu krajach Europy i w Stanach Zjednoczonych. My wykonaliśmy jeden taki przeszczep w Polsce, ale zapotrzebowanie na te przeszczepy niewątpliwie będzie rosło.

Następne, ostatnie przeźrocze... A, to już wszystko. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

W miarę trwania naszego posiedzenia coraz inne narządy są prezentowane, teraz pan wymienił jeszcze jelito. Postęp nauki jest zadziwiający, dlatego tym bardziej interesujące będą uwagi dotyczące finansowania przeszczepów unaczynionych.

Bardzo proszę pana profesora Leszka Pączka.

**Kierownik Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
w Instytucie Transplantologii
w Akademii Medycznej w Warszawie
Leszek Pączek:**

Pani Przewodnicząca! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Moje wystąpienie będzie krótkie, dlatego że o takie prosił mnie pan profesor Rowiński, ale chciałbym zawrzeć w nim kilka liczb. Zamierzam się skoncentrować głównie na przeszczepieniu nerek i na przykładzie przeszczepiania nerek pokazać kilka faktów.

Jeżeli popatrzymy, jaka jest skala problemu dotycząca niewydolności i chorób nerek i na tej osi przedstawimy stuprocentową wydolność nerek – im niżej na tej osi,

tym gorsza jest wydolność nerek – a na tej osi czas życia chorego, to sytuacja wygląda w ten sposób. Zdrowy człowiek ma wydolność 100%, ona z wiekiem się minimalnie zmniejsza, ale trwa przez kolejne lata; założmy, że to powinno być sto lat. Jeżeli dojdzie w tym miejscu do zadziałania czynnika chorobowego, to czynność nerki ulega upośledzeniu. I wtedy, kiedy dojdzie do poziomu 10 ml na minutę, czyli mniej więcej 10 mg kreatyniny w decylitrze, chory może być albo dializowany, albo umrze.

Dlaczego taka duża jest skala problemu? A dlatego, że czynników, które uszkadzają nerki, jest bardzo wiele. Oczywiście są to choroby nerek, to oczywiste. Ale pamiętajmy, że czynnikami ryzyka albo takimi, które upośledzają funkcje nerek, jest cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, wiek – a wiek naszej populacji rośnie – czy nadwaga.

Popatrzmy znowu na to miejsce, w którym pojawia się czynnik chorobowy. W miarę przebiegu choroby doprowadza ona do niewydolności nerek. Jeżeli chory trafi do lekarza, do lekarza ogólnego, rodzinnego czy nefrologa, to dzięki leczeniu można spowolnić proces chorobowy i zyskać dla chorego kilka lat życia. Jest to bardzo ważny okres w jego życiu, dlatego że prowadząc prawidłowo leczenie w tym okresie, możemy doprowadzić do późniejszego wystąpienia niewydolności nerek. Jeżeli natomiast, mimo tych starań i mimo leczenia, dojdzie do tej niewydolności, to mamy dwie możliwości: albo chory będzie dializowany, albo musi mieć przeszczepioną nerkę. Przy dializowaniu jest taki układ, że istnieje stała, można powiedzieć, niewydolność nerek, które są zastępowane przez maszynę. Jeżeli przeszczepimy nerkę, to zastąpiona będzie przez przeszczepiony narząd, czyli dochodzi do powrotu funkcji nerek. Przeszczep funkcjonuje kilka, kilkanaście lat. Pamiętajmy o tym, że przeszczepiony narząd nie jest zwykle przeszczepiony na całe życie, tylko na kilka, kilkanaście lat. Potem nawraca choroba podstawowa w przeszczepionej nerce, wątrobie czy przeszczepionym sercu, to po pierwsze, a po drugie, dochodzi do procesu przewlekłego odrzucania. Po okresie przeszczepienia, jeżeli narząd nie funkcjonuje, chory może ponownie wrócić na okres dializ i żyje kolejne lata.

Taka w tej chwili jest sytuacja. Tak w tej chwili wygląda historia pacjenta, który ma niewydolność nerek, od momentu zadziałania czynnika chorobowego: okres leczenia, potem okres dializ, przeszczepienia, znowu okres dializ i znowu okres przeszczepienia. O ile pięćdziesiąt lat temu taki chory właściwie nie miał szans i umierał – było to takie rozpoznanie jak rak żołądka z przerzutami do wszystkich organów – o tyle w tej chwili ci chorzy mogą żyć. Jak długo, zaraz powiem.

Popatrzmy, jaka jest skala problemu w Polsce, jakie są liczby – bo raczej o liczbach chciałbym mówić. Z przeszczepioną nerką żyje około sześciu tysięcy ludzi, dializowanych jest piętnaście tysięcy. Można by powiedzieć, że to są liczby i duże, i małe. Przed chwilą omawiano, jak to wygląda w świecie, jaka jest skala w Europie i w świecie.

Chcę jednak zwrócić uwagę na tę część wykresu – chodzi o pacjentów, u których zadziałał jeden z czynników powodujący w następstwie niewydolność nerek.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę wszystkich chorych, którzy mają upośledzone funkcje nerki, to ich liczba przekracza milion. Bardzo trudno to sobie uzmysłowić, zazwyczaj nie patrzymy na to w ten sposób. Jeżeli dokonamy estymacji tego, co się dzieje w krajach rozwiniętych, to dokładnie ponad milion dwieście tysięcy ludzi powinno mieć GRF poniżej 60 ml, co oznacza, że istotnie mają kreatyninę istotnie wyższą niż ta, która jest przewidziana w normach, a więc są to chorzy zagrożeni rozwojem niewydolności nerek. Jest ich olbrzymia liczba. Oczywiście tych chorych będziemy

leczyli, tutaj dzieją się różne rzeczy. Ale takich, którzy mają już zaawansowaną niewydolność nerek, czyli kreatyninę powyżej 3–4 mg w decylitrze, mamy sześćdziesiąt trzy tysiące. To są chorzy, którzy stoją już w kolejce do wejścia w okres dializ. To tacy chorzy, w przypadku których liczenie na to, że u nich nastąpi przywrócenie funkcji nerki, praktycznie jest już niemożliwe.

Kolejne przeżrocze poproszę.

I teraz popatrzmy, jak to wygląda. Tu są trzy bardzo proste słupki, które pokazują analizę medyczną, analizę ekonomiczną, analizę polityczną.

Jeżeli porównamy te dwie metody leczenia, to sprawa wygląda w ten sposób. W przypadku pacjentów, którzy są leczeni tylko dializami – tylko, to znaczy weszli w okres dializ i tę metodę leczenia stosowano u nich przez całe życie – oczekiwany czas przeżycia wynosi dziesięć lat. Są to badania zrobione na dwustu trzydziestu tysiącach ludzi w Stanach Zjednoczonych. Trudno odebrać tym badaniom, że tak powiem, moc epidemiologiczną. Jeżeli pacjentom zaoferowano dializy, przeszczepienie, dializy i ewentualnie następne przeszczepienie, czas życia tych chorych wynosi dwadzieścia lat, żyją dwa razy dłużej. Badania w tej grupie wykazują ewidentnie – mamy ponad trzydzieści tysięcy chorych, więc trudno mówić, że są to badania jednego ośrodka – że włączenie transplantacji do dializoterapii, jako jednego z elementów, bo nie jest jedyny, w oczywisty sposób zwiększa długość życia. A jakość życia, o czym zapewne powiedzą pacjenci, jest jednoznacznie lepsza.

Jeżeli popatrzmy na koszty, to w pierwszym roku koszt dializ to 60 tysięcy. To jest oczywiście zaniżony koszt, żeby nie budzić dyskusji, podaję zaniżony koszt. Ale w kolejnym roku koszt będzie taki sam, też 60 tysięcy, i w każdym kolejnym roku musi wynosić tyle samo, bo jest to ten sam koszt. Tak naprawdę to w każdym kolejnym roku trochę się zwiększy, bo rośnie liczba powikłań. A jeżeli popatrzmy na przeszczepienie, to w pierwszym roku jest wycenione na 53 tysiące, czyli już na mniej niż w przypadku dializ, a w kolejnym każdym roku 23 tysiące. A więc w każdym kolejnym roku przeszczep jest prawie trzy razy tańszy niż okres dializowania, przy lepszych wynikach.

I teraz, jak to wyglądało w 2001, 2002 r.? Otóż dializy nie miały limitów, natomiast transplantacje były na limit, były na nie przyznawane limity. Czyli metoda, która dawała lepsze wyniki, gwarantowała dłuższe przeżycie i była tańsza, była limitowana; za to metoda, która nie dawała lepszych wyników, a była droższa, nie miała limitów. Można nad tym długo dyskutować, ale myślę, że to przeżrocze pokazuje istotę problemu. Oczywiście, można mówić, że nie wszyscy chorzy mogą mieć przeszczepy itd., itd., ale ja mówię o tych pacjentach, którzy mogliby je mieć.

Teraz kolejne przeżrocze. Trochę się wstydzę, ale proszę je pokazać. Tu jest błąd, przesunął się przecinek, a ja tego nie zauważyłem, robiłem to w niedzielę... To znaczy, nie z powodu tej niedzieli jest tu błąd. Ale przecinek powinien być przesunięty w lewo.

Popatrzmy na sytuację, która się wydarzyła w 2001 r., kiedy dwa tysiące pacjentów weszło w okres dializ w schyłkowej niewydolności nerek. A więc w pierwszym roku koszt leczenia tych chorych to 140 milionów – i tu jest błąd, przecinek mi się przesunął – w drugim roku też 140 milionów, w trzecim roku również 140 milionów. Gdyby wszyscy byli tylko dializowani, aż do dzisiaj, to w tym roku byśmy za nich płacili 140 milionów rocznie. Jeżeli jednak w 2001 r. tysiąc z tych dwóch tysięcy chorych zostało na dializach, a tysiącowi przeszczepiono nerkę, to w pierwszym roku kosztowało to 123 miliony, w drugim – 92 miliony, w trzecim – też 92 miliony. Czyli

w każdym kolejnym roku oszczędzaliśmy pieniądze. A po trzech latach leczenia tych, którzy w 2001 r. weszli w okres dializ i część z nich poddano przeszczepieniu, zaoszczędzono 48 milionów rocznie, których w tym roku nie musimy na tych chorych wydać.

Dlaczego pokazują to przeźrocze? Mianowicie, jeżeli mówimy o przeszczepianiu, to w pewnym sensie znaczące jest, że ja do państwa w tym miejscu mówię. Bo do tej pory mówili chirurdzy, a ja nie jestem chirurgiem, ja nie mam tych złotych ąk, rąk proroka, o których mówiła pani przewodnicząca. Ja jestem internistą, leczę chorych po przeszczepieniu, w następnych okresach. I teraz, jeżeli na przykład tych chorych w trzecim roku tak podleczymy, że nie będzie ta nerka funkcjonowała, to ci chorzy będą żyli – i bardzo dobrze, tak powinno być – ale wrócą do tej kolumny i będą dializowani za odpowiednio większą sumę pieniędzy. Wobec tego zbyt duże oszczędzanie w kolejnych latach po przeszczepieniu de facto, w ostatecznym efekcie, spowoduje to, że zapłacimy więcej, tylko sześć miesięcy później.

Mówię o tym, dlatego że rodzą się pomysły, o których od trzech lat słyszymy, żeby pacjentowi po przeszczepieniu, po miesiącu czy po roku, po prostu dać leki, a resztę już zrobią lekarze rodzinni. Z całym szacunkiem dla lekarzy rodzinnych, ale myślę, że dobrze by było, gdyby jednak również dalej leczyć tych pacjentów intensywnie i poważnie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Bardzo dziękuję, Panie Profesorze. I myślę, że skoro pan leczy, to też pan jest prorokiem, który przywraca życie, niekoniecznie tylko przy użyciu skalpela.

Na liście gości jest bardzo liczna reprezentacja, naprawdę liczna reprezentacja osób po przeszczepach – stowarzyszenia „Życie po przeszczepie”, stowarzyszenia osób po przeszczepie serca, z przeszczepionym narządem, „Dar życia” – wszystkich nawet nie wymienię. Ale w programie mam w tym momencie wpisanego pana Krzysztofa Pijarowskiego i punkt „Jesteśmy ponownie w społeczeństwie ludzi zdrowych”.

Czy zechciałby pan teraz zabrać głos?

(Prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Pomocy Ludziom z Uszkodzoną Wątrobą „Życie po przeszczepie” Krzysztof Pijarowski: Tak, dobrze.)

Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Pomocy Ludziom z Uszkodzoną Wątrobą „Życie po przeszczepie” Krzysztof Pijarowski:

Pani Przewodnicząca! Panie i Panowie!

Chcę powiedzieć, że podobnie jak biblijny Łazarz wskrzeszony przez Jezusa, tak my, osoby po transplantacji organu, zaczynamy żyć od nowa.

Moje pytanie dotyczy tego, czy społeczeństwo jest gotowe nas przyjąć. Zbyt często zdarza się bowiem jeszcze, że wyobrażenie osoby po transplantacji jakiegokolwiek narządu jest takie, iż jest to osoba siedząca w fotelu, okryta kocem, z garścią tabletek, czekająca, kiedy rodzina wystawi taką osobę na balkon. A prawda jest zupełnie inna. To znaczy, oczywiście, po transplantacji to zdrowie nie jest najlepsze, ale większość z nas wraca do społeczeństwa, podejmuje normalną pracę, podejmuje normalne życie rodzinne.

Najłatwiej powracają do życia osoby, które wykonują wolny zawód. My czasami nawet nie zdajemy sobie sprawy, że są wśród nas osoby żyjące z przeszczepionym organem. Są to dziennikarze, prawnicy, koło mnie jest na przykład producent telewizyjny. Stykając się z tymi osobami, my nie zdajemy sobie sprawy, że oni normalnie powrócili do życia, i to nieraz już w kilka miesięcy po transplantacji. Ja sam dokładnie w sześć miesięcy po transplantacji powróciłem do pracy. I już ponad cztery lata pracuję, płacę podatki, nie obciążając budżetu państwa chociażby rentą.

W trochę innej sytuacji są natomiast osoby, które wykonują jakąś prostą czynność. Są to osoby uzależnione od pracodawców. Niestety, obraz osób po transplantacji w oczach pracodawców nie zawsze jest właściwy. To znaczy te osoby są postrzegane jako chore, nienadające się do jakiegokolwiek pracy.

Myślę, że dużym zadaniem i państwa parlamentarzystów, i dziennikarzy, i lekarzy jest tutaj to, żeby społeczeństwu przekazać inny obraz – taki, że wykonuje się transplantacje po to, ażeby osoba wróciła do zdrowia, do życia, do społeczności. I to jest bardzo ważne.

Mówimy tutaj o życiu rodzinnym. Ja dam przykład naszej koleżanki, która urodziła dziecko po przeszczepie wątroby. Urodziła syna, w tej chwili jest w zaawansowanej drugiej ciąży. Czyli można powiedzieć, że jeden dar życia transplantologa oznaczał trzy kolejne dary życia, czyli dwójkę dzieci i jej samej. Ważne jest właśnie to, że wracamy do życia rodzinnego, że dzieci na powrót mają swoje matki czy ojców.

Pan profesor Rowiński twierdzi, że w Polsce w tej chwili żyje około siedmiu tysięcy osób po transplantacjach. Wyszłoby z tego takie małe polskie miasteczko. Nie ma oczywiście statystyk, ile tych osób jest na rentach, a ile pracuje. Myślę, że w tej chwili przeważa jeszcze ta relacja korzystna dla rent, ale to też jest związane z pewną sytuacją gospodarczą, w której wszystkie osoby postrzegane jako mniej przydatne społecznie nie znajdują sobie miejsca pracy.

Zatem uważam, że wielkim... Bo mówiliśmy tutaj bardzo dużo o samych procedurach medycznych, ale mówmy też głośno o tym, że transplantacje wykonuje się po to, ażeby pacjent po krótkim okresie wrócił do społeczeństwa jako człowiek zdrowy. I umiejętne prowadzenie kampanii informacyjnej jest tutaj bardzo ważne. Nie postrzegajcie nas państwo jako osoby chore. Jesteśmy osobami zdrowymi, i to właśnie dzięki państwu transplantologom. Dziękujemy za to pięknie.

Przewodniczący Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo zdrowemu człowiekowi po transplantacji.

Teraz przyszedł moment na to, by omówić potrzeby i możliwości, a także bariery ograniczające rozwój programu przeszczepiania narządów.

Poproszę pana profesora Wojciecha Rowińskiego o podsumowanie.

**Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej
w Instytucie Transplantologii
w Akademii Medycznej w Warszawie
Wojciech Rowiński:**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za to, że pani senator tak życzliwie przyjęła naszą inicjatywę. Zależało nam na tym, żebyśmy mogli przedstawić państwu nie tylko te wspaniałe osiągnięcia, których przegląd mieliśmy, ale również pewne problemy dotyczące tej specjalności medycznej w Polsce.

Proszę państwa, nie ulega wątpliwości, że bariery są różnego typu. Były bariery prawne; one prawie znikły. Bariery obyczajowe istnieją nadal. Mimo że jest znacznie lepiej, to jeszcze teraz wychodzą takie książki jak „Etyka w transplatacji”. Właściwie większość stron tej pracy habilitacyjnej z Białegostoku jest poświęcona kanibalizmowi, takiemu spojrzeniu na sprawę. Ale przyjmijmy, że to jest margines. Rzeczywiście, problemem są w tej chwili finanse. Jeżeli zgodzimy się, a jest to niewątpliwe, że dzięki rozwojowi medycyny transplatacyjnej na całym świecie doszło do rozwoju medycyny w ogóle, że dzięki rozwojowi immunologii transplatacyjnej doszło do rozwoju immunologii klinicznej, a w efekcie do poprawy podstawowej opieki zdrowotnej, to są to rzeczy, o których politykom – nie takim jak państwo, którzy zajmujecie się zakresem ochrony zdrowia, ale tym, którzy nie są z nią związani – trzeba koniecznie powiedzieć.

Otóż współpraca z ministerstwem, o której koledzy mówili, z paną doktor Kacprzak – wielokrotnie mówiłem, że jest najlepszym dyrektorem departamentu, z którym miałem możliwość współpracować, choć czasami się spieramy – była znakomita, ale minister zdrowia nie jest w stanie nic więcej zrobić. Proszę spojrzeć na pierwsze przeżycie. To jest budżet ministra zdrowia w latach 2002 – 2004; wziąłem pod uwagę tylko trzy ostatnie lata. Łączna suma nie uległa zmianie, a jak widzieliście państwo, zwiększyła się liczba chorych po przeszczepieniu różnych narządów. Jak się to udaje opłacić? Naszym wysiłkiem, straszną pracą pani doktor Kacprzak, która pilnuje każdej złotówki, ale na dłuższą metę jest to niemożliwe. To, co finansuje minister zdrowia, to nakłady na przeszczepianie narządów – proszę spojrzeć: 70 milionów, 82 miliony, 71 milionów – na przeszczepianie szpiku i na tak zwane leczenie immunosupresyjne, które nie oznacza leków immunosupresyjnych, tylko wszystko, leki plus opiekę nad chorym po transplatacji, łącznie z hospitalizacjami, za które Narodowy Fundusz Zdrowia nie płaci.

To były trzy lata. I w ciągu tych trzech lat – zakładając, że mamy tysiąc dwieście przeszczepień rocznie – wykonano trzy tysiące sześćset różnego typu przeszczepień za kwotę, którą państwo tu widzą, czyli za około 600 milionów. Proszę też zobaczyć, że co roku w Polsce, w biednym kraju, nakłady na jedenaście tysięcy chorych dializowanych wynoszą 616 milionów rocznie – przy założeniu, że dializa kosztuje 56 tysięcy, bo pan profesor Pączek przyjął, że to 60 tysięcy. I to jest podstawowy problem.

Moja żona jest nefrologiem, ja sam jestem zwolennikiem dializoterapii. Mówię to, bo chciałbym być dobrze zrozumiany. Nie można jednak pozwolić na to, żeby były to dwie niezależne metody leczenia i żeby jeden strumień pieniędzy, z naszych kieszeni przez Narodowy Fundusz Zdrowia czy też ubezpieczyciela, szedł na rozwijający się wspaniały program dializ – rocznie przybywa tysiąc chorych dializowanych – a brakowało pieniędzy na przeszczepianie, które jest lepszą metodą leczenia, lepszą, skuteczniejszą i znacznie tańszą. Jest to dla mnie rzecz niepojęta.

Pan minister zdrowia – a było ich czterech w ciągu ostatnich dwóch lat – powiedział, jak każdy z nich mówi: nie mam więcej pieniędzy. I ja to rozumiem. Naszym zamiarem jest, żebyśmy mogli na to wpłynąć, abyśmy mogli przedstawić państwu prośbę o wystąpienie do komisji budżetu i finansów, żeby poprzez Ministerstwo Finan-

sów dofinansowano program przeszczepiania jeszcze w tym roku. Zaraz przedstawię konkretne propozycje.

Proszę państwa, to jest budżet na ten rok, na rok 2004, który mamy w tej chwili – 266 milionów. Pani doktor Kacprzak nie ma już ani złotówki. Są już reklamacje z poszczególnych ośrodków, że wykonano tak zwany kontrakt. Zawsze mnie bardzo śmieszyła sprawa limitów i kontraktów w odniesieniu do metody leczenia, która opiera się na pobraniu narządu od osoby zmarłej. No, nie można ustalić limitu na zgon człowieka. To pan profesor Łapiński kiedyś tak ustalił, że będzie limit. Potem starał się to odwrócić, ale też nie miał pieniędzy.

Proszę państwa, z tych 266 milionów tegorocznych środków na przeszczepianie komórek krwiotwórczych poświęcone jest 56 milionów, na przeszczepianie narządów unaczynionych prawie 72 miliony, na leczenie immunosupresyjne i opiekę 138 milionów. To jedyna pozycja, która wzrosła w stosunku do lat poprzednich, kosztem zmniejszenia tego, co idzie na przeszczepianie narządów.

I na przykład tutaj państwu przedstawię, jak to wygląda w tym samym roku 2004. Są pieniądze na przeprowadzenie dziewięciuset trzydziestu sześciu przeszczepów nerek, to znaczy o osiemdziesiąt mniej niż w zeszłym roku, a na pewno możemy wykonać znacznie więcej, i warto wykonać więcej, bo jest to tańsze. Są pieniądze na sto czterdzieści osiem przeszczepień wątroby, a potrzeba około stu dziewięćdziesięciu i możliwe jest zrobienie w tym roku jeszcze stu dziewięćdziesięciu. Na pewno można zwiększyć liczbę przeszczepień serca – tu jest sto szesnaście, a pewno można by zrobić około stu pięćdziesięciu. Tutaj są przeszczepienia trzustki i przeszczepienia płuca. Na to są pieniądze. I to są, proszę państwa, te sumy. Te sumy składają się na 72 miliony. To, co jest w nawiasie, to kwoty wyliczone według cen ustalonych przez ministerstwo.

Nie podejmuję w tej chwili dyskusji na temat wyceny, o której mówił i profesor Hołowiecki, i profesor Kaliciński, i profesor Krawczyk, że my jesteśmy w Polsce dwu-, trzykrotnie tańsi – nie tylko ze względu na tańszą siłę roboczą – od kolegów w Unii Europejskiej. To są kwoty, które są potrzebne do końca tego roku, potrzebne jest tyle lub troszkę mniej. To znaczy, że brakuje w tegorocznym budżecie 23 milionów zł. I nie uwierzę żadnemu politykowi, który powie, że nie ma w budżecie ministra finansów rezerwy 23 milionów, żeby minister zdrowia dostał środki na dany program, na to konkretne przedsięwzięcie, na nic innego.

Proszę państwa, leczenie immunosupresyjne stanowi problem, ponieważ jest to droga technologia medyczna, która wymaga nie tylko wykonania zabiegu złotymi rękoma pana profesora Religi czy innych kolegów chirurgów i wspaniałej opieki kolegów internistów, ale także stosowania leków do końca życia. Koszt leków immunosupresyjnych na cały rok – policzyłem koszt leków według tego, co chorzy w Polsce otrzymują, po prostu zrobiłem ankietę – to 124 miliony. Cyklosporyna jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, inne leki – nie. Szóstokrotne próby zmiany tego w zeszłym roku – dwie wizyty u dwóch ministrów zdrowia, dwie wizyty u dwóch prezesów Narodowego Funduszu Zdrowia, dwie wizyty u dyrektora Mierzejewskiego i dyrektora Błaszczyka, odbyte posiedzenie, mimo życzliwości komisji sejmowej zdrowia i życzliwości pani profesor Fajfrowskiej-Błońskiej, nic nie dały; pani doktor Kacprzak jest świadkiem. Odmówiono wprowadzenia na listę refundacyjną tych pozostałych czterech leków, których roczny koszt wynosi około 80 milionów. A ja sam znam jeden program w Narodowym Funduszu Zdrowia, nie dotyczący przeszczepiania, który wynosi 25 mi-

lionów i który można wyrzucić do kosza. Jestem przekonany, że są takie programy – żałuję, że nie ma pana prezesa Kamińskiego – dlatego musi tu być rachunek efektywności nakładów i kosztów, po prostu. Mówię to oczywiście w tej chwili o przyszłym roku, dlatego że tego nikt tego doraźnie nie zmieni w ciągu jednego dnia.

A zatem, proszę państwa, w naszym przekonaniu – myślę, że jestem wyrazicielem zdania wszystkich kolegów i pani doktor Kacprzak, która widziała to wczoraj i zgadza się z tym – istnieje potrzeba dofinansowania ministra zdrowia przez ministra finansów na kwotę około 23 milionów po to, żeby ludzie, którzy czekają na przeszczepienie wątroby, nie umierali. Bo można sobie powiedzieć: trudno, leczymy drożej dializoterapią, ale ci chorzy żyją. Chorzy oczekujący na serce i wątrobę umierają, jeśli nie można im przeszczepić organów.

Uważamy też za niezbędne – występowaliśmy o to wielokrotnie jako Krajowa Rada Transplantacyjna – że należy przekonać ministra lub Narodowy Fundusz Zdrowia, bo nie wiem, kto o tym decyduje, o potrzebie wprowadzenia na listę refundacyjną czterech podstawowych leków immunosupresyjnych. Ich rozkład jest taki, że mniej więcej 70% bierze cyklosporynę. Chorzy biorą różne leki w różnych zestawach. To zależy nie od tego, co my chcemy, tylko od stanu zdrowia chorego, od jego schorzeń dodatkowych, od tego, czy ma wysoki cholesterol, czy niski, itd. A gdyby te leki immunosupresyjne przeszły do funduszu zdrowia na listę leków refundowanych, to można by, przy znacznie mniejszym zwiększaniu kwoty w Ministerstwie Zdrowia, przeznaczyć te pieniądze na zwiększenie liczby wykonywanych zabiegów.

I ostatnia sprawa, niezmiernie ważna. Od roku słyszymy, że procedury będą przeniesione do Narodowego Funduszu Zdrowia. W projekcie ustawy podobno jest takie stwierdzenie, wyrażające opinie poprzedniego ministra. Zabawna rzecz, miałem przyjemność rozmawiać z trzema prezesami Narodowego Funduszu Zdrowia – jestem konsultantem krajowym – i podczas wizyt były prośby o przygotowanie katalogu, bo już są gotowi do przejścia procedur. Pani dyrektor Kacprzak jako osoba reprezentująca urząd mówiła: niech sobie mówią, co chcą, ale na razie tego jeszcze nie dostaną. Ale w projekcie ustawy jest zapis, żeby to przeszło do Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie wchodzę w decyzje polityczne, jeżeli jednak wszystkie procedury transplantacyjne przeszłyby do Narodowego Funduszu Zdrowia, to nie może się to odbywać regionalnie. Nie może tu być podziału na regiony, na województwa. To musi być dzielone centralnie, w jednym miejscu, ponieważ w przeciwnym razie w województwie podkarpackim, gdzie w ogóle nie ma ośrodka transplantacyjnego i jest niewielka liczba chorych, ilość pieniędzy będzie taka sama jak w mazowieckim, gdzie jest 7 milionów i gdzie leczymy chorych z całej Polski. To nie jest procedura, którą można przenieść do funduszu w sposób automatyczny. Przeniesienie takie powinno być odpowiednio przygotowane.

Proszę państwa, mieliście państwo niedawno wypowiedź pana Pijarowskiego, który jest dziennikarzem telewizyjnym. Tu siedzi drugi dziennikarz z telewizji, tu siedzą szanowni państwo po przeszczepieniu serca, po przeszczepieniu wątroby, przeszczepieniu nerki, przeszczepieniu trzustki. Ci ludzie żyją, bo mieli dobrze wykonany zabieg i co jest najważniejsze, dzięki temu, że ktoś był ofiarny, zgodził się na przekazanie swojego narządu po śmierci. Ale żyją też dzięki temu, że otrzymują leki. Już teraz są sytuacje, że dyrektorzy szpitali administracyjnie nakazują przestawianie na tańszy lek, ponieważ szpitalowi nie wystarcza pieniędzy na ten właściwy. Ale nie wolno nam zmarnować daru życia osoby zmarłej i wysiłku wszystkich, którzy tym się zajmują. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję panu profesorowi.

Dziękuję wszystkim panom, którzy do tej pory występowali.

Mam przed sobą listę zaproszonych gości i tę listę, naprawdę prominentną, otwiera, według abecadła, pan Lesław Abramowicz, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Miał być pan prezes Kamiński, ale nie ma pana prezesa. Miał się spóźnić. To spóźnienie, jak widać, przeszło już w nieobecność. Był zaproszony minister finansów, pan Andrzej Raczko. Był zaproszony minister zdrowia. Był zaproszony przewodniczący sejmowej komisji budżetu i finansów. Oni wszyscy byli zaproszeni. Mogę powiedzieć tylko tyle, że byli zaproszeni. Zaproszenie ma to do siebie, że można z niego skorzystać lub nie. Są natomiast senatorowie reprezentujący senacką komisję finansów i budżetu.

Za moment rozpoczniemy dyskusję, niezbyt długą, bo czas to nam limituje.

Przygotowaliśmy projekt stanowiska Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, które, jak widzę, jest niezwykle delikatne, łagodne i takie ciepłe, chyba nadmiernie ciepłe. Ponieważ przyjęcie tego stanowiska będzie już przedmiotem wewnętrznej pracy komisji, to koleżankom i kolegom senatorom proponuję, żeby zastanowili się nad wpisaniem wprost w stanowisko komisji tego podsumowania i apelu, którym pan profesor Rowiński zakończył swoje wystąpienie, ponieważ rzeczywiście istnieje pilna potrzeba dofinansowania tego. Ta komisja w zdecydowanej większości składa się z lekarzy. Ja jestem pielęgniarką, koleżanki są związane od lat z ochroną zdrowia, jedna jest sprawozdawczynią ustawy o radzie bioetycznej. To jest bardziej komisja zdrowia niż polityki społecznej, jeżeli chodzi o jej skład, więc do nas ten apel przemawia, jak najbardziej. My nie mamy wątpliwości co do tego, jakie jest znaczenie leczenia chorych w porównaniu z możliwością, jaką daje transplantacja.

W drugiej części posiedzenia komisji, po 14.00, po przyjęciu ustawy, będziemy – myślę, że we własnym gronie, ale burzliwie – dyskutowali o polityce lekowej państwa na dzień dzisiejszy. Wygląda na to, iż są potężne możliwości zaoszczędzenia środków, tych środków, których brakuje na cyklosporynę czy inne leki immunosupresyjne. Zwracam się z tym do pana senatora Pawłowskiego, który w naszej komisji zajmuje się tym problemem. My to już wewnętrznie rozpatrzymy na posiedzeniu swojej komisji. Chodzi o to, by jednak inaczej tymi pieniędzmi dysponować i by generyk nie kosztował częstokroć znacznie więcej, niż powinien.

Chciałabym zapytać, czy pani dyrektor Kacprzak chciałaby teraz się wypowiedzieć. Czy pani jest niezręcznie, z powodu nieobecności szefa i wobec tylu komplementów pod pani adresem kierowanych, czy też może chciałaby pani ukierunkować dyskusję bądź coś nam przekazać? Będziemy przygotowywali i swoje stanowisko, i pisma do wszelakich ministrów, łącznie z premierem, oczywiście w konsultacji z panią, w konsultacji z panem profesorem Rowińskim, ale czy teraz chciałaby pani powiedzieć?

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia
Ewa Kacprzak:**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Rzeczywiście jest mi troszkę niezręcznie, bo rzadko na tej sali padają słowa pochwały skierowane do przedstawiciela resortu zdrowia. Jednak czy jest tu pan minister,

czy go nie ma, uważam, że pewne zagadnienia, zwłaszcza zagadnienia merytoryczne, muszą iść w tym resorcie niezależnie od chwilowych wahań na scenie politycznej.

Takim programem, który resort, jak tu słyszeliśmy, popiera już od 1997 r., jest rozwój przeszczepów komórek, tkanek i narządów.

Rzeczywiście jest tak, jak mówili panowie profesorowie, że zrobiliśmy bardzo duży krok do przodu. Gonimy Europę i w wielu momentach nie możemy się wstydzić, jak choćby w przypadku przeszczepów u dzieci. Ale jest też jeszcze wiele problemów, które wymagają rozwiązania.

Naszym założeniem było to, że co roku będziemy zwiększać środki na przeszczepy. Ten rok jest pierwszym rokiem, w którym ta nasza ideologia i taktyka została zmieniona. Po raz pierwszy w tym roku koszt leczenia immunosupresyjnego zmusił nas do obniżenia liczby przeszczepów, zarówno szpiku, jak i narządów unaczynionych. Mamy w tej chwili, na początku roku 2004, średniorocznie około ośmiu tysięcy pacjentów leczonych immunosupresyjnie. Chcę powiedzieć, że pacjenci po przeszczepach narządów unaczynionych muszą być leczeni cały czas od momentu wykonania przeszczepu, dopóki ten przeszczep funkcjonuje. Z przeszczepem szpiku jest troszeczkę inaczej. W zależności od rodzaju to leczenie immunosupresyjne trwa od roku wzwyż, ale w niektórych przypadkach sięga również okresów wieloletnich.

To był bardzo trudny problem, ponieważ środki zaplanowane w budżecie na rok 2004 w ubiegłym roku nie zostały ministrowi zdrowia przyznane w takiej wysokości, jakiej się spodziewaliśmy. Zaplanowałam piętnastoprocentowy wzrost nakładów na przeszczepy i leczenie immunosupresyjne. Niestety, dostałam, jeżeli tak mogę powiedzieć, limit z roku 2003. Ale w związku z tym, że przybyło nam ponad tysiąc osób po przeszczepach, czyli musieliśmy zabezpieczyć ich leczenie, w związku z tym z naszej kalkulacji wyszło, że prawie 140 milionów musi iść na leczenie immunosupresyjne. Resztę mogliśmy podzielić. Wiem, że wielu panów profesorów jest niezadowolonych, bo liczba przydzielonych przeszczepów jest trochę mniejsza niż w roku ubiegłym, ale jest to jakiś kompromis. Miałam obiecane od ministra Sikorskiego, że każda wolna złotówka, która pojawi się w resorcie zdrowia, zostanie przeznaczona na te procedury. Ale, jak państwo wiecie, jesteśmy zobligowani do dyscypliny budżetowej. Nie możemy zawrzeć umowy z żadną jednostką powyżej kwoty, którą mamy do wydatkowania w budżecie ministra na ten cel. Jest to ściśle przestrzegane. Już nie powiem o tym, że na koniec roku zawsze mamy kontrolę wykonania budżetu przez Najwyższą Izbę Kontroli. W związku z tym mogliśmy tylko podzielić te pieniądze, zresztą przy udziale rady transplantologicznej, naszym zdaniem w sposób możliwie najmniej szkodzący, tak bym powiedziała. Liczymy na to, że w ciągu roku znajdą się środki, które pozwolą zwiększyć nam liczbę przeszczepów. I to jest jeden problem.

Drugi problem to leczenie immunosupresyjne. Musimy się zastanowić – i zastanawiamy się, w różnych układach, z przedstawicielami funduszu; trwa to już półtora roku – czy leczenie immunosupresyjne powinno zostać na poziomie ministra zdrowia, czy też powinno być przekazane do funduszu. Pacjent po przeszczepie choruje i trudno jest czasami wydzielić, która procedura dotyczy leczenia po przeszczepie, a która jest związana z innymi współistniejącymi chorobami.

Inny problem to właśnie ten, o którym mówił pan profesor, dotyczący leków immunosupresyjnych. Rzeczywiście jest tak, że na dzień dzisiejszy tych leków nie ma na liście leków refundowanych. I rzeczywiście chodziliśmy z panem profesorem, że

tak powiem, po prośbie do odpowiednich osób, ale decyzja jest taka, jaka jest. Leki immunosupresyjne póki co nie są na tej liście.

Następna rzecz, o której króciutko chciałabym powiedzieć. Jesteśmy w końcowej fazie nowelizacji ustawy o przeszczepianiu. Nie musimy się niczego tak naprawdę wstydzić, jeżeli chodzi o Unię Europejską i dyrektywy. Jesteśmy tutaj na bieżąco. Zespół powołany przez ministra z członkami rady transplantacyjnej z poszczególnych dziedzin praktycznie kończy już prace i mam nadzieję, że jeszcze to państwo jako przedstawiciele Senatu będziecie debatować nad tą ustawą.

(Głos z sali: Nie zdążymy.)

Mam nadzieję, że tak nie będzie, dlatego że gdybyśmy odwlekli te sprawy, to znowu parę lat będziemy mieli do tyłu, a warto, żebyśmy dokonali uporządkowania pewnych spraw. Ta ustawa była bardzo dobra, ale zmieniły się realia. Musimy uporządkować pewne akty wykonawcze, co bez nowelizacji ustawy jest po prostu niemożliwe. Pewna procedura legislacyjna musi być zachowana.

Tyle chciałam państwu powiedzieć.

A jeszcze może coś dodam. Roboczo rozmawiałam z poprzednimi przedstawicielami funduszu w Departamencie Świadczeń Zdrowotnych i poruszaliśmy problem osób dializowanych oraz osób mających przeszczep nerki. Wydawało mi się, że te rozmowy są naprawdę zaawansowane, ale w związku ze zmianami kadrowymi stoję na początku tej samej drogi. Zaczynamy takie rozmowy od początku, jesteśmy umówieni w funduszu. Fundusz ma mnóstwo swoich problemów, takich, które się mu skumulowały. My mamy na razie tę sprawę ułożoną w roku 2004, ale myślę, że połowa tego roku to ostatni moment, żeby fundusz podjął decyzję. Bo niezależnie od tego, czy to będzie ten fundusz, czy inny, czy będzie to ta, czy inna ustawa, te sprawy muszą być tak uporządkowane, żeby biegły swoim torem, bez szkody dla tych, którzy oczekują na przeszczepę i na to leczenie. Dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Pani Dyrektor.

Kto z państwa chciałby się wypowiedzieć?

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**Sekretarz Generalny Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów
Tadeusz Orłowski:**

Powiem parę słów. Przypomniałem sobie, że mniej więcej trzydzieści lat temu, też w parlamencie, było takie posiedzenie dotyczące transplantologii. Wtedy chodziło o sprawy prawne, teraz chodzi o sprawy finansowe. I ja zrozumiałem, dlaczego tutaj jesteśmy, zrozumiałem, jaka jest sytuacja. Jest dramat, jeżeli chodzi o służbę zdrowia. I nie wiadomo, co z tą służbą zdrowia zrobić w świetle naszej konstytucji.

Wobec tego, żeby przekonać się, jakie są istotne potrzeby służby zdrowia... Bo nikt tak naprawdę nie wie, ile pieniędzy potrzebujemy na służbę zdrowia w Polsce, nikt nie zorganizował badań, które powiedzą, że dla zapewnienia prawidłowego działania służby zdrowia w Polsce potrzeba tyle a tyle milionów złotych, miliardów złotych.

Proszę państwa, proszę na to spojrzeć. Pan profesor Rowiński pokazał budżet Ministerstwa Zdrowia i wyłożył potrzeby transplantologii. Jeżeli państwo pamiętają

szkołę powszechną, to łatwo wyliczą, że jest 25% budżetu. A więc tutaj transplantolog – ja już nie jestem lekarzem – żądają 25% budżetu dla swoich chorych. Przypominam sobie czasy, kiedy byłem przewodniczącym komisji transplantacyjnej, i niektórych kolegów chirurgów, których tu nie ma, na szczęście. I ten i ów mówił: on by przeszczepiał, bo jego to nic nie obchodzi, on jest lekarzem, więc ma przeszczepiać. I on przeszczepiał, ale potem dla tego chorego nie było cyklosporyny, ale to go już nie obchodziło. Proszę państwa, musimy sobie jasno powiedzieć, że jeżeli tu uchwalimy, iż damy więcej pieniędzy, z tej samej kasy, na transplantologię, to jakiś inny chory dostanie mniej pieniędzy. Mnie się wydaje, że przede wszystkim trzeba dążyć do tego, aby ustalić, ile naprawdę pieniędzy Polska potrzebuje na utrzymanie służby zdrowia na należytym poziomie. I myślałem, że to byłby taki pierwszy etap, w którym sobie państwo obliczą, że na transplantologię potrzebują tyle a tyle pieniędzy.

Podam dla przykładu pewne kwoty – będą, niestety, w dolarach, bo nie mogłem znaleźć w Polsce odpowiedniej dokumentacji. Chory z przeszczepioną wątrobą żyje przeciętnie 47,7 roku i na to potrzebuje rocznie 26 tysięcy dolarów. Chory po przeszczepieniu serca żyje niespełna dziewięć lat, kosztem 39 tysięcy dolarów na rok. Po przeszczepieniu płuca chory żyje przeciętnie cztery i pół roku; kosztuje to 77 tysięcy dolarów rocznie. Po przeszczepieniu nerki – dziesięć lat, kosztuje to 15 tysięcy rocznie. Przeszczepienie szpiku, jak słusznie powiedział kolega, jest bardzo drogie, w zależności od tego, jaki to rodzaj szpiku. Ale sam dobór dawcy to wydatek około 50 tysięcy dolarów.

I na tej podstawie, jeżeli ja wiem, ilu mam chorych – a Ministerstwo Zdrowia powinno to wiedzieć – to mogę wszystko wyliczyć. Jeżeli ja mam, powiedzmy, stu chorych, którzy będą wymagali przeszczepienia serca, to ja będę potrzebował takiej a takiej sumy pieniędzy. I na tej podstawie, jeżeli się zrobi analizę w poszczególnych działach medycyny, to państwo będą wiedzieli, ile państwo naprawdę potrzebujecie pieniędzy. Tu żadne triki nic nie pomogą. Czy będzie to kasa chorych, czy fundusz zdrowia, bez pieniędzy tego się nie robi. Niesłuchanie droga jest ta dzisiejsza medycyna.

I teraz powiedzą na to państwu: ale tak nie można, proszę państwa, bo konstytucja mówi, że leczenie jest bezpłatne. Po pierwsze, to jest nieprawda, o tym wiemy. Nie mówię teraz o tym, kto tam bierze na boku, ale przecież, jeżeli idę do apteki, to płacę za lekarstwo, a czy lekarstwo nie wlicza się do leczenia? Leczenie jest bezpłatne? Konstytucja mówi, że nauczanie też jest bezpłatne, i to też jest nieprawda. Za nauczanie się nie bierze, ale państwowa szkoła pobiera pieniądze za egzamin. Konstytucja mówi, że bezrobotny ma mieć pracę, a nie dostaje. Mnie się zdaje, że państwo w Senacie powinniście zwrócić na to uwagę. Niech ta konstytucja będzie poważnym aktem prawnym. To za czasów komunistycznych było tak, że jeżeli coś się zapisało, to było to zrobione, a w demokracji tak nie jest. Mnie się zdaje, że trzeba, aby ktoś to w końcu poruszył na tym szczeblu parlamentu, pokazał prawdę, powiedział, że król jest nagi. Ale żeby to zrobić, to trzeba powiedzieć, jeżeli chodzi o państwa komisję, tak: proszę bardzo, Ministerstwo Zdrowia dało nam dane i myśmy wyliczyli, że dla zapewnienia podstawowej opieki lekarskiej, która obejmuje takie a takie czynności, potrzeba tyle a tyle pieniędzy. A więc albo państwo zwiększą odpowiednie dotacje z budżetu... Bo nie może być tak, jak w tej chwili, że okazuje się, iż jedną czwartą budżetu Ministerstwa Zdrowia trzeba by przeznaczyć tylko na leczenie transplantacjami. Bo zrozumiałem, że takie są wnioski z tego dzisiejszego posiedzenia.

A że mamy bardzo dobre wyniki, dzięki tym kolegom, którzy tu siedzą, to wszyscy wiemy. Pamiętam, że jak myśmy tu zaczynali, to było dziesięć transplantacji rocznie, a teraz? To, że transplantacja jest tak bardzo popularna, to zasługa pana senatora, bo on potrafił stworzyć odpowiedni klimat. Ale mnie się zdaje, że tutaj jest moda na te transplantacje, przy których jest najłatwiej wyliczyć te nonsensy, że służba zdrowia niby jest bezpłatna... No, służba zdrowia nie może być bezpłatna.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

(Sekretarz Generalny Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów Tadeusz Orłowski: Dziękuję pięknie.)

Dziękuję.

Nie chciałam ingerować, ale służba zdrowia nie jest bezpłatna, tylko finansowana ze środków publicznych. Są tutaj wśród nas autorzy konstytucji, więc my jeszcze pamiętamy, jak to pisaliśmy. Tam jest większe niebezpieczeństwo – chodzi o zapis, że jest zgodna z aktualnym światowym poziomem wiedzy medycznej. Tu jest większe niebezpieczeństwo.

Te pieniądze, którymi dysponuje Ministerstwo Zdrowia, to nie są wszystkie pieniądze, bo jeszcze jest 30 miliardów w gestii Narodowego Funduszu Zdrowia. I my wiemy, jakie są potrzeby ochrony zdrowia, ale silniejsze jest to lobby, które zakupuje samoloty, które posyła wojsko do Iraku, które kupuje różne rzeczy kosztowne i zbędne, zbędne w moim pojęciu jako pacyfistki, zamiast przeznaczyć te pieniądze na onkologię, na transplantację, na profilaktykę itd.

Bardzo proszę, proszę się przedstawić, tylko do protokołu...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, można na siedząco, ale mikrofon proszę włączyć.

**Prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Transplantacji Serca
Tadeusz Bujak:**

Proszę państwa, nasze stowarzyszenie liczy ponad pięćset osób po transplantacji. Istnieje już piętnaście lat.

To, co chcę powiedzieć, to nie tylko mój pogląd, tylko opinie kolegów, wielokrotnie przedyskutowane.

Pierwsza istotna sprawa i problem społeczny. Mianowicie wśród osób po transplantacji serca można wyraźnie wyróżnić dwie grupy. Pierwsza to ci, którzy mają wolne zawody – to zresztą mówił już kolega Pijarowski – albo możliwość podjęcia pracy w takim charakterze, że sobie sami tę pracę regulują. Ci prosperują znakomicie, żyją najdłużej w Polsce, na przykład siedemnaście lat. Pewien nauczyciel, człowiek prowadzący własną niewielką firmę i inżynier, który też pracował częściowo prywatnie, żyją w tej chwili już siedemnaście lat po transplantacji. Z kolei osoby uprawiające zawody oparte na pracy fizycznej w większości znalazły się w bardzo trudnej sytuacji materialnej. Wynika to z tego, że były na rencie już przed przeszczepem, ponieważ oczywiście miały skrajną niewydolność krążeniową, a po transplantacji, na skutek wahań wydolności, które mają osoby po transplantacji serca, mają kłopoty z otrzymaniem pracy na obecnym rynku.

Ale do czego ja zmierzam? Proszę państwa, te osoby – a wśród nas, w naszym stowarzyszeniu, będzie to do 60% – mają kłopoty z wykupieniem leków, nie leków immunosupresyjnych, tylko pozostałych leków. Bo w naszym przypadku trzeba stosować leki, które nie są zaliczone do leków stosowanych w chorobach przewlekłych, a wiadomo, że będą stosowane do śmierci. Przeciętnie około 100 zł osoba po transplantacji wydaje na te leki uzupełniające. W sytuacji, kiedy ktoś ma 550 zł renty, problem jest poważny. No nie wiem, można by to rozwiązać w taki sposób, że będzie się stosować przeszczepy tylko w przypadku tych, których będzie później stać na życie, ale to byłoby w ogóle niezgodne z prawem, pomijając już kwestię etyki lekarzy.

Druga sprawa, proszę państwa. Nasi koledzy są związani ściśle z ośrodkiem, w którym zostali przeszczepieni, w tym sensie, że muszą tam regularnie jeździć na badania. Są to chorzy z całego kraju. W przypadku, kiedy wszystko jest w porządku, są tam przynajmniej raz na pół roku. Niestety, kolej drożeje coraz bardziej. I znowu zaczynają się problemy, bo ci nasi koledzy nie przyjeżdżają na kontrole, pomimo że jest to im potrzebne. Inaczej mówiąc, nie zapewnia się jakichś minimalnych warunków, podstawowego zabezpieczenia... To znaczy my uważamy, że osoby, które są w najtrudniejszej sytuacji, powinny mieć do dyspozycji jakiś system, który refundowałby im leki. Refundowałby nie wszystkim, nie generalnie, tylko tym, którzy są w bardzo trudnej sytuacji. A taka grupa jest i to są ci, którzy mają kłopoty z leczeniem. Potem to się kończy dość smutno.

A poza tym mamy jeszcze inne problemy, zresztą dość drobne, do rozwiązania w ramach służby zdrowia. W tej chwili, na przykład, nie możemy wywalczyć przyjmowania chorych po transplantacji w normalnych przychodniach poza kolejką. Jest to zależne od dobrej woli lekarza przyjmującego. Efekt jest taki, że osoby z obniżoną odpornością siedzą razem z chorymi na anginę, z chorymi na wiele innych chorób zakaźnych. To też wpływa na obniżenie ich odporności. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Na organizację pracy w placówkach ochrony zdrowia i wyeliminowanie tych kolejek my oczywiście nie mamy wpływu. Ale pana głos jest tym, którego brakowało mi w dzisiejszej debacie. Chodziło mi o te bariery ekonomiczne już później, po przeszczepie, i o brak systemu wsparcia. Ja też nie mogę wyobrazić sobie na przykład takiej sytuacji, że jakaś kobieta po przeszczepie szpiku, po udanej kosztownej, trudnej operacji, jak widzieliśmy tutaj, powróci do maltretującego rodzinę męża-alkoholika czy też do białaczkowego domu. W ogóle sytuacja naszych pacjentów – w końcu ponad milion dziewięćset tysięcy rodzin nie ma własnego gospodarstwa domowego, nie ma własnego mieszkania – i cała ta sytuacja, w jakiej znajdują się Polacy, nawet przy znakomitych osiągnięciach medycyny pokazuje jeszcze tę drugą stronę, stronę socjalną istnienia tych ludzi w naszym społeczeństwie. I właśnie pan zwrócił na to uwagę jako osoba, która doświadczyła życia i po jednej, i po drugiej stronie.

Mam zgłoszenie do dyskusji pani senator Olgi Krzyżanowskiej. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby wystąpić?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze, to po pani senator Oldze Krzyżanowskiej.

Bardzo proszę panią senator.

Senator Olga Krzyżanowska:

Postaram się mówić bardzo krótko. Chciałabym powiedzieć, że dla nas, jako komisji, jest to zaszczyt, że możemy się spotkać z przedstawicielami tej, powiedziabym, najbardziej postępowej części polskiej medycyny. I muszę powiedzieć, że to jest jedno z niewielu spotkań komisji, na którym to, co słyszymy, w jakiś sposób napawa nas otuchą, mimo ogólnych problemów finansowych i organizacyjnych służby zdrowia. Otuchą w tym sensie, że mimo wszystko w tej dziedzinie państwo wspaniale daje sobie radę, mimo tych ograniczonych możliwości. Muszę powiedzieć, że to jest dla nas... Naprawdę dziękujemy – i za tę pracę, i za to, że w całości możemy zobaczyć ten problem.

Wydaje mi się jednak, że praktycznie rzecz biorąc... Bo my, jako komisja senacka, wpływu na budżet jako taki zasadniczo nie mamy. Możemy go troszkę poprawiać, możemy zgłaszać uwagi, ale budżet jest tworzony w Sejmie. Ale nie chcę tu mówić ogólnie o sprawach budżetowych. Chcę powiedzieć o tych praktycznych wnioskach, o których dzisiaj był już uprzejmy mówić pan profesor Rowiński, a także pani przewodnicząca. To znaczy, wydaje mi się, że możemy podjąć pewną próbę – choć nie wiemy, czy nam coś uda – aby uzyskać w tym roku dofinansowanie tej dziedziny, trochę dodatkowych pieniędzy, po prostu po to, żeby to nie stanęło w miejscu. Bo nie chodzi tu tylko o pacjentów, choć oni są najważniejsi, ale chodzi tu też o placówki. Jak nie będą mogły wykonywać swojej wspaniałej roboty, to młodzi lekarze odejdą i państwo nie będziecie mieli następców w tej dziedzinie, taka jest gorzka prawda. To jest pierwsza rzecz.

Następna sprawa, chyba już znacznie poważniejsza, dotycząca sprawy ściśle politycznej. Nie wiemy, czy ten Sejm, czy następny parlament – jest w tej chwili pewna niejasność w tej sprawie, nie wiemy tego – będzie uchwalał ustawę o Narodowym Funduszu Zdrowia. Ale przynajmniej ja będę optować za tym, żeby pewne dziedziny, w tym transplantologia, zostały jednak w budżecie Ministerstwa Zdrowia. A dlaczego? Z najprostszego powodu – nie dlatego, że to jest najważniejsza część medycyny, bo właściwie każda jest ważna, nie ujmując nic państwu, ale dlatego, że to działa i byłoby dobrze, gdybyśmy w szale zmian, reorganizacji, po prostu tego nie zniszczyli. Czy nam się to uda, nie wiemy. Nikt z nas jeszcze tak naprawdę nie widział projektu zmian w służbie zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia. Pomysłów jest masa, ale myślę, że przynajmniej część z nas, jeżeli nie większość, będzie tego bronić. Dziękuję państwu.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Państwo senatorowie dostali projekt stanowiska. Od was będzie zależało, czy poprzecie taką propozycję. Zasady programu przeszczepiania narządów i szpiku wymagają, aby nadal był on ponadregionalny i finansowany centralnie, z uwzględnieniem funduszu inwestycyjnego na zakup i odtworzenie unikalnej aparatury. Do tego jeszcze powrócimy.

Dziękuję pani senator Krzyżanowskiej, że tak ładnie to podsumowała.

Bardzo proszę, pan się zgłaszał do wypowiedzi.

**Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej,
Naczyniowej i Transplantacyjnej
w Akademii Medycznej w Warszawie
Jacek Szmidt:**

Ja się nazywam Szmidt, jestem chirurgiem zajmującym się transplantacjami.

Nie do końca mogę podzielić optymizm pani senator wyrażony przed chwilą. Pani senator powiedziała, że sobie świetnie radzimy. Muszę powiedzieć, że ja z tej sali wyjdę w jeszcze gorszym nastroju, dlatego że jest to bardzo smutne... Bardzo smutne jest to, co mówił pan z organizacji osób po przeszczepieniu serca, bo wyobrażam sobie, że są w tej chwili chorzy, którzy mają przed sobą taki wybór: czy kupić dziecku jedzenie, czy sobie – leki immunosupresyjne, co jest zupełnie tragiczne. Ale chcę również powiedzieć, że tragiczne jest to – patrzę na te liczby, które pokazywał pan profesor Rowiński i komentowała pani dyrektor Kacprzak – że właściwie to pieniędzy na przeszczepianie jest mniej. A co w tym jest takiego smutnego z punktu widzenia transplantologa? To, że właściwie my powinniśmy pracować w ten sposób, żeby chorzy nie mieli potem immunosupresji, nie byli leczeni. Przecież musimy sobie zdać sprawę, że jeśli jest tysiąc przeszczepień narządów rocznie, to jest też następny tysiąc chorych na immunosupresji, dlatego że tych chorych, którzy zmarli, odrzucili narząd – czyli tych, którzy korzystnie wpływają na budżet – jest znacznie mniej. W związku z tym jest to bardzo smutne, że starając się co roku zwiększać liczbę przeszczepień, działamy jakby trochę przeciwko całej idei przeszczepiania, bo przecież powinno być to źle widziane przez władze finansowe. Jeśli zmniejszany jest nakład na przeszczepianie, to co z tymi, którzy znowu w tym roku dojdą do puli chorych wymagających leczenia immunosupresyjnego? Tylko to chciałem powiedzieć – to, że mój nastrój jest tak naprawdę bardzo daleki od optymizmu.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.
Proszę.

**Dyrektor Naczelny Centralnego Szpitala Klinicznego
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
Marek Durlik:**

Ja akurat jestem, proszę państwa, dyrektorem szpitala, jednego z największych w Polsce. Zajmuję się również przeszczepianiem nerek. I chcę państwu powiedzieć, że zostało to absolutnie udowodnione, iż przeszczepianie narządów jest najtańszą formą leczenia. Jest to znacznie tańsze niż prowadzenie tych pacjentów na dializach, jest znacznie tańsze niż na przykład wielokrotne zabiegi endoskopowe u pacjentów z marskością wątroby, jest to znacznie tańsze niż leczenie pacjentów z niewydolnością serca. Proszę państwa, na jednym pacjencie z przeszczepem budżet państwa zaoszczędza średnio 1 milion zł w ciągu dziewięciu lat. To są nie tylko polskie dane, ale po prostu europejskie. I to nie jest żadna tajemnica, do tych danych można dojść w każdej chwili. Po prostu to się opłaca. Przeszczepianie narządów się opłaca. W biednym kraju powinno się przeszczepiać narządy, a nie leczyć pacjentów na dializach czy też nie przeszczepiać i ograniczać budżet na przeszczepianie narządów.

Dlatego apeluję do państwa, żeby jednak mimo wszystko uświadomić decydentom w Ministerstwie Zdrowia, w Ministerstwie Finansów, generalnie rządowi, że te pieniądze na przeszczepianie po prostu się oplacą. To nie jest przesuwanie pieniędzy z innych dziedzin medycyny, tylko to są po prostu pieniądze zaoszczędzone przez budżet państwa na leczenie w tym kraju. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.
Bardzo proszę.

**Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii,
Onkologii i Chorób Wewnętrznych
w Akademii Medycznej w Warszawie
Wiesław Jędrzejczak:**

Moje nazwisko Jędrzejczak, jestem konsultantem krajowym z zakresu hematologii. Problem, który chciałem poruszyć, dotyczy tego, że nakłady na przeszczepianie szpiku zmniejszyły się o 10% w stosunku do ubiegłego roku – w sytuacji, w której musimy ponosić niezawinione przez nas, niezależne od nas, bardzo duże koszty pozyskania materiału przeszczepowego z wielu krajów zachodnich, gdzie koszt pozyskania na przykład jednej porcji szpiku jest rzędu 100 tysięcy zł, czyli w wysokości połowy kosztów zabiegu. Prowadzi to do takiej sytuacji, że znaczna część chorych, która mogłaby być uratowana, uratowana nie zostanie. Wiąże się to z tym, że jeśli chodzi o wykonywanie tych zabiegów, one powinny być oferowane chorym wtedy, kiedy są oni w tak zwanym okienku terapeutycznym, inaczej mówiąc wtedy, kiedy są największe szanse na ich uratowanie. Jeżeli nie wykonamy zabiegu w tym momencie, choroba ulega progresji. Wykonanie zabiegu w czasie choroby bardziej zaawansowanej, po pierwsze, kosztuje drożej, a po drugie, wiąże się ze znacznie gorszymi wynikami. Inaczej mówiąc, przesunięcie części chorych z roku bieżącego na rok przyszły tak naprawdę wywoła efekt błędnego koła. Spowoduje to również bardzo złe skutki ekonomiczne dla systemu, bo po prostu przeszczepienie organów tym chorym później będzie kosztowało znacznie drożej, a poza tym wpłynie na efektywność takiego leczenia.

My często spotykamy się z prośbami, również kierowanymi przez niektórych z państwa, żeby stosować przeszczepienie u osoby, która nie ma remisji ostrej białaczki. Efektywność wykonania takiego zabiegu wynosi 10%. Inaczej mówiąc, w tym momencie musimy wykonać dziesięć zabiegów, żeby uratować jedno życie. Gdybyśmy stosowali przeszczep wobec tej samej osoby przy całkowitej remisji choroby, to powodzenie zabiegu jest pięćdziesięcioprocentowe. A więc jest to zupełnie inna sytuacja z punktu widzenia tego, co oferujemy temu choremu i z punktu widzenia efektywności wydania tych pieniędzy, na które wszyscy się składamy. Tak więc mnie się to wydaje ze wszelkich miar zasadne.

Proszę państwa o poparcie apelu pana profesora Rowińskiego.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Kto się zgłaszał?

Proszę bardzo.

Przedstawiciel Stowarzyszenia „Dar życia”

Michał Karbownik:

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Występuję w imieniu stowarzyszenia osób z przeszczepionym narządem. Stowarzyszenie to składa się głównie z osób z przeszczepioną nerką.

Chciałbym zwrócić państwa uwagę na sprawę kosztów leczenia osób z przeszczepionym narządem w ogóle, przede wszystkim z przeszczepioną nerką. Należałoby spojrzeć na to z innej perspektywy, nie tylko z perspektywy budżetu Ministerstwa Zdrowia, ale także z perspektywy budżetu państwa. Wydaje mi się bowiem, iż leczenie przeszczepianiem nie dość, że jest najtańsze – to zresztą wszyscy tutaj powiedzieli – ale jeszcze zwraca społeczeństwu te osoby jakby w pełni zdrowia. Proszę zwrócić uwagę na jedną rzecz. Mianowicie taka osoba, która podejmuje pracę, nie idzie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych po rentę. Nie jest także najpewniej w przyszłości klientem opieki społecznej. Myślę, że koszty, które zostały tutaj podane w tabelach, dotyczące porównania osób leczonych dializami i osób leczonych przez przeszczep, powinny być zaktualizowane. Bo koszty w przypadku osób, które się dializują, są podniesione o koszt renty, opieki społecznej.

I jeszcze jedną chciałbym uwagę tu wygłosić. Któryś z moich wielce szanownych poprzedników i mówców powiedział tutaj, że jest taki pomysł, żeby opiekę nad chorymi po przeszczepieniu powierzyć lekarzom rodzinnym. Ja mam bardzo poważne obawy co do tego, jak by to było prowadzone. Przede wszystkim z tego względu, że ja sam stałem się, pośrednio, tego obiektem. Kiedyś, podczas wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, ten lekarz mnie po prostu spytał, gdzie ja mam wszczepioną tę nerkę. Myślę, że to jednak obrazuje, z czym mielibyśmy do czynienia wówczas, gdyby to leczenie zostało przekazane lekarzom rodzinnym bez odpowiedniego przeszkolenia tych lekarzy, o czym tutaj nikt jeszcze nie wspomniał. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Czy pominęłam kogoś z państwa, kogoś chętnego do zabrania głosu?

Jeżeli nie, to zanim zacznę dziękować, powiem tak: dla nas, dla zasiadających tu, w Senacie, takim bardzo ważnym dniem będzie 14 maja, głosowanie nad wotum zaufania dla rządu. I jeżeli ten rząd powstanie, to jednym z pierwszych spotkań, które odbędą minister zdrowia i minister finansów, będzie spotkanie z senacką Komisją Polityki Społecznej i Zdrowia, czyli z nami. A przedmiotem tego spotkania byłaby właśnie sprawa wsparcia finansowego w tym roku programu przeszczepiania narządów. Jeżeli ten rząd nie powstanie – bo jesteśmy jak naród, który założył sobie siedlisko na miedzy i z każdej strony albo wiatr na niego wieje, albo grozi mu burza – to dopóki tutaj będziemy, na pewno będzie to priorytet naszej działalności. I tak traktujemy to dzisiejsze spotkanie z państwem.

Nie umiem sprzedawać ruchomych piasków, nie umiem powiedzieć, że na pewno, bezwzględnie to załatwimy. Jednak z całą pewnością i z całą determinacją użyję

swojego wpływu na przedstawicieli rządu, czy to osoby związane z koalicją rządową, czy osoby związane z opozycją. W przypadku Senatu, naszej komisji i sprawy finansów na ochronę zdrowia jest to bez znaczenia. My mamy tu jeden wektor – dobro chorego, dobro ochrony zdrowia. A więc poczynimy takie działania.

Wyjdziecie stąd państwo, w wielu przypadkach, z poczuciem czy to straconego czasu, czy czasu wykorzystanego tylko na przybliżenie problemu, na spotkanie, na zapoznanie się ze stanem aktualnym, i sukcesami, i niedoborami transplantologii polskiej. Ale proszę wierzyć w najlepszą wolę, z jaką do dzisiejszego posiedzenia podeszli koledzy senatorowie. W trakcie posiedzenia byli również posłowie z sejmowej komisji zdrowia – wiem to z listy obecności, na której się podpisywali. Do końca wytrwał też pan senator z Komisji Gospodarki i Finansów Publicznych, który też jest naszym ambasadorem w tej komisji senackiej.

Zwrócę się teraz do pana profesora Rowińskiego z prośbą o konsultację, o przejście naszego stanowiska, zanim je doręczymy premierowi, ministrowi finansów, ministrowi zdrowia i prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia. Panie senator i panów senatorów będę prosiła o uwagi bądź poparcie tego, już poprawionego stanowiska. To jest taki oficjalny dokument, z którym zwracamy się do przedstawicieli rządu. Ale zrobimy to właśnie w czasie bezpośredniego spotkania z tymi przedstawicielami rządu.

A na dzień dzisiejszy z ciężkim sercem – własnym, własnym, ale ciężkim – bardzo, bardzo dziękuję wszystkim z państwa, którzy zechcieli skorzystać z naszego zaproszenia. Dziękuję, licząc na to, iż spotkamy się w nieco lepszych okolicznościach.

Jednak panią dyrektor Kacprzak proszę o pozostanie na następne posiedzenie, jeżeli pani może. Ta część będzie dotyczyła polityki lekowej.

Panie senator i panów senatorów proszę o powrót o godzinie 14.00, kiedy będzie następne posiedzenie.

A teraz zamykam sto pięćdziesiąte ósme posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 50)

Kancelaria Senatu

Opracowanie: Ewa Zbroszczyk

Publikacja: Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851