



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(677)**

Wspólne posiedzenie
Komisji Spraw Unii Europejskiej (51.)
oraz Komisji Zdrowia (51.)
w dniu 3 lutego 2009 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Kontrola zasady pomocniczości i proporcjonalności na przykładzie projektu dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady UE w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich do przeszczepów – sygnatura Komisji Europejskiej COM (2008) 818.

(Początek posiedzenia o godzinie 16 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Komisji Spraw Unii Europejskiej Edmund Wittbrodt)

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Proszę państwa, zaczynamy.

Otwieram wspólne posiedzenie Komisji Spraw Unii Europejskiej i Komisji Zdrowia.

Witam wszystkich również w imieniu pana przewodniczącego Władysława Sidorowicza. Szczególnie serdecznie chciałbym powitać naszych gości: z Ministerstwa Zdrowia – pana ministra Pawła Twardowskiego...

(Głos z sali: Marka.)

Kto przygotował listę? Do poprawki.

(Senator Władysław Sidorowicz: To na pewno nie nasza komisja, bo znamy się bardzo dobrze.)

Dobrze. Przepraszam bardzo. Jest poprawione.

Witam pana Stefana Pechcińskiego, który jest naczelnikiem wydziału w Departamencie Polityki Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, oraz pana Konrada Łęckiego, doradcę ministra. Chciałbym również powitać serdecznie pana ministra Piotra Serafina i pana profesora doktora habilitowanego Leszka Pączka. Imię się zgadza. Jak pamiętamy, jest on ekspertem, którego powołaliśmy do przygotowania opinii dla naszych komisji. I witam wszystkich innych obecnych na naszym posiedzeniu.

Proszę państwa, jest tylko jeden punkt w porządku: przeprowadzenie projektu pilotażowego dotyczącego kontroli zasady pomocniczości i proporcjonalności na przykładzie projektu dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich do przeszczepów.

Nasza komisja już nie po raz pierwszy zajmuje się tego typu testami. I zawsze zapraszamy komisję branżową, specjalistyczną, w zależności od tego, jakiego typu jest to problem. Tak się stało, że w tym wydaniu jakby postanowiono, żeby poddać takiej kontroli właśnie projekt dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich do przeszczepu.

I jest tak, że obowiązują nas pewne reguły, pewne zasady. Istotna dla nas jest kwestia czasu, bo jest on określony, mamy osiem tygodni na przedstawienie stanowiska. Ten projekt był opublikowany 8 grudnia 2008 r., ale dostępny we wszystkich językach urzędowych był 10 grudnia 2008 r. I do 6 lutego, jak z tego wynika, mamy przygotować nasze stanowisko, czy projekt tej dyrektywy nie narusza zasady subsidiarności i proporcjonalności.

Jest też szereg pytań, na które musimy odpowiedzieć przy tej ocenie. One dotyczą samej procedury, a więc, które komisje to robią, czy było plenarne posiedzenie, czy byli eksperci itd. To są takie raczej formalne pytania, jest ich dwanaście. A potem jest druga grupa pytań, istotniejsza. Tu chodzi o wnioski, które będą wynikały z tej debaty, z tej dyskusji. I są cztery pytania: czy doszło do złamania zasady pomocniczości? Jeżeli doszło do tego, to musimy, przygotować opinię z uzasadnieniem merytorycznym. Czy uzasadnienie – bo to też jest istotne – przedstawione przez Komisję Europejską w odniesieniu do zasady pomocniczości jest wystarczające? Komisja Europejska musi przedstawić merytoryczne uzasadnienie swoich racji. Jeżeli tego uzasadnienia brakuje, jest to mankament i trzeba ewentualnie przedstawić dodatkowe uwagi w tej sprawie. To też będzie dyskutowane na najbliższym posiedzeniu COSAC. Czyli oceniają to wszystkie parlamenty państw członkowskich Unii Europejskiej, ale potem my też o tym dyskutujemy na posiedzeniu przedstawicieli tych naszych komisji.

Proszę państwa, proponuję, żeby procedowanie było następujące. Chciałbym na początek poprosić ministra zdrowia, pana Marka Twardowskiego o krótkie przedstawienie tego projektu. Następnie poprosimy pana ministra Serafina, ale też pana profesora Pączka o opinię i dopiero potem naszego senatora sprawozdawcę, senatora Krajczego.

Proszę państwa, będziemy dyskutowali teraz w gronie połączonych komisji, natomiast ostateczną opinię wyda Komisja Spraw Unii Europejskiej, bo taka jest procedura, na kolejnym posiedzeniu po zamknięciu tego.

Czy takie procedowanie jest do przyjęcia, do zaakceptowania? Nie widzę uwag.

Wobec tego poproszę pana ministra Twardowskiego o przedstawienie tego projektu.

Bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Twardowski:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Goście!

W dniu 23 stycznia Komisja Spraw Unii Europejskiej Sejmu przyjęła stanowisko rządu dotyczące projektu dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich do przeszczepów, uznając, iż projektowane przepisy są zgodne z zasadą proporcjonalności.

Należy podkreślić, że działania zaproponowane przez Wspólnotę w projekcie powyższej dyrektywy stanowią uzupełnienie analogicznych standardów w zakresie pobierania, przechowywania, dystrybucji, sterylizacji i przeszczepiania komórek i tkanek ludzkich, określonych dyrektywami 2004/23 WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz 2006/17 WE i 2006/86 WE Komisji, które do polskiego prawa wdrożyła ustawa z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Powyższa ustawa ustanawia analogiczne wysokie standardy w odniesieniu do narządów pobranych w celu przeszczepienia.

Szczególnie muszę zwrócić uwagę państwa na taką rzecz. Należy mieć na względzie, że działania podejmowane na poziomie wspólnotowym w celu wprowadzania wyżej wymienionych standardów przyniosą większe korzyści, pod względem rozmiarów i skutków, w porównaniu z działaniami na poziomie państw członkowskich.

Ponadto badane zagadnienie, zawierając aspekty transnarodowe, nie może być uregulowane w sposób zadowalający przez działanie wyłącznie na poziomie państw członkowskich. Powyższe kryteria należy uznać za decydujące w aspekcie oceny zgodności projektu dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich do przeszczepów z zasadami pomocniczości i proporcjonalności.

Jednocześnie muszę podkreślić, że w ostatnich latach w Polsce znacznym problemem stał się niedobór narządów w stosunku do istniejących potrzeb. W związku z powyższym należy uznać za zasadne, aby pierwszeństwo w korzystaniu z narządów pobranych od dawców w naszym kraju mieli przede wszystkim polscy biorcy. Tę zasadę wyraża art. 37a ust. 7 nowelizowanej ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, zgodnie z którym – cytuję – „zgody na wywóz komórek, tkanek lub narządu odmawia się w przypadku, gdy na liście znajduje się zakwalifikowany do przeszczepienia biorca”. Przepis ten gwarantuje pierwszeństwo w korzystaniu z narządów pobranych od dawców polskich przez biorców wpisanych na krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie, prowadzoną przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do spraw Transplantacji „Poltransplant”. W powyższym przypadku organ odpowiedzialny za udzielenie zgody na wywóz narządów z terytorium Polski, którym w świetle projektowanych przepisów będzie dyrektor „Poltransplant”, odmówi udzielenia tej zgody.

Nowelizacja wspomnianej ustawy została przyjęta na posiedzeniu rządu w dniu 12 grudnia i skierowana do prac legislacyjnych w Sejmie. Inne materiały państwo od nas otrzymali. Tu zależało mi na podkreśleniu szczególnie tego faktu, proszę państwa. I to jest stanowisko naszego rządu, zaproponowane przez nasz resort, przyjęte przez rząd, z czego się bardzo cieszymy, i od tego odstąpić nie możemy. Dziękuję.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Poproszę teraz pana ministra Piotra Serafina o opinię.

(Podsekretarz Stanu w Urzędzie Komitetu Integracji Europejskiej Piotr Serafin:

Dziękuję, Panie Przewodniczący. Może poproszę panią doktor Katarzynę Smyk z Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej.)

Tak, bardzo proszę.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii
w Urzędzie Komitetu Integracji Europejskiej
Katarzyna Smyk:**

Chciałabym krótko odnieść się do samej idei przeprowadzenia testów zasady subsydiarności i proporcjonalności, co dzisiaj jest przedmiotem obrad szanownej komisji.

Otóż przeprowadzane testy wynikają z przygotowywania się parlamentów narodowych do wejścia w życie traktatu z Lizbony. Nie wiem, czy wszyscy państwo są świadomi, że wraz z wejściem w życie tego traktatu parlamenty narodowe otrzymują nowe, dodatkowe uprawnienia, które polegają przede wszystkim na kontroli przestrzegania w Unii Europejskiej zasady proporcjonalności i subsydiarności. Jeśli chodzi o samą ideę zasady subsydiarności, przyjęto założenie, że Unia Europejska powinna

działać tylko tam, gdzie działanie na poziomie ogólnoeuropejskim ma sens. To znaczy, że jeżeli dane środki prawne mogą lepiej, skuteczniej, prościej, sprawniej być realizowane na poziomie narodowym, to tam powinny być stanowione. Tak więc decyzje powinny być podejmowane najbliżej obywatela. Parlamenti narodowe będą z odpowiednim wyprzedzeniem otrzymywały projekty aktów prawnych Komisji Europejskiej i będą rozpatrywały, czy dany akt spełnia wymóg zasady proporcjonalności i subsydiarności, to znaczy, czy działanie podejmowane przez Unię Europejską w tej dziedzinie jest konieczne, czy być może lepiej byłoby, gdyby takie inicjatywy były na poziomie narodowym. Parlamenti zostały wyposażone w pewne instrumenty, to znaczy stworzono pewien mechanizm, dzięki któremu, jeśli odpowiednia liczba parlamentów narodowych wyrazi sprzeciw wobec takiej inicjatywy, to zmienia się dynamika w tym sensie, że dany projekt jest odsyłany do Rady Unii Europejskiej i ona jeszcze przygląda się temu, czy podejmowanie decyzji w Unii Europejskiej w tej dziedzinie jest zasadne.

I dlatego to są bardzo ważne zmiany, one umacniają rolę parlamentów narodowych w systemie instytucjonalnym Unii Europejskiej, dają im ważne mechanizmy kontroli. Ale przed parlamentami staje też ogromne wezwanie, bo te zmiany niosą nowe, dodatkowe zobowiązania, nową, dodatkową pracę. I właśnie dlatego przygotowywanie się do wykonywania tych zadań jest wskazane, taka jest w ogóle idea tego ćwiczenia. Chodzi więc o to, żeby przyjrzeć się w tym konkretnym przypadku, czy inicjatywa, jaka została przedłożona przez Unię Europejską, jest w danym obszarze najwłaściwsza, czy nie lepiej byłoby, gdybyśmy takie prawo stanowili na poziomie narodowym. Dziękuję bardzo. Tyle tytułem wprowadzenia.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Dziękuję bardzo.

My o tym wiemy, precyzyjnie jest to zapisane w traktacie z Lizbony, te wszystkie procedury itd. To są oczywiście wielkie zobowiązania, i to terminowe, dla Komisji, ale też i wielkie uprawnienie, dające możliwość rzeczywiście wpływania na kształt regulacji prawnych przyjmowanych w Unii Europejskiej. I teraz mamy rozstrzygać, czy ta propozycja nie narusza zasad subsydiarności i proporcjonalności. Dziękuję za to przypomnienie i wyjaśnienie.

Teraz ja bym poprosił pana profesora Leszka Pączka o uwagi do tych proponowanych regulacji i do tego, co tu zostało powiedziane.

**Kierownik
Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
w Instytucie Transplantologii
na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym
Leszek Pączek:**

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Króciutko powiem o historii, a zacznę od kwietnia 2008 r. Wówczas to powstała rezolucja Parlamentu Europejskiego, a właściwie projekt rezolucji, który jest podstawą dyrektywy podlegającej, w formie projektu, dyskusji. 13 czerwca ubiegłego roku parlament, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej podjął uchwałę w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia. 9 grudnia 2008 r. wydano dziesięciopunktowy komuni-

kat Unii Europejskiej – on jest rozpisany oczywiście na dużo więcej punktów – który stanowi o tym, jak wygląda dyrektywa czy projekt dyrektywy unijnej. Właściwie wszystkie punkty są znakomite i wszystkie należy poprzeć, należy potwierdzać. Tylko że ja każdy dokument czytam tak: czytam to, co jest napisane i staram się znaleźć to, co nie jest napisane. I o dwóch punktach chciałbym państwu powiedzieć.

Otóż w pkt 5 mówi się tak: „ułatwianie identyfikacji dawców narządów w całej Europie” – w stu procentach się podpisujemy – „oraz dawstwa ponad granicami” – tu już zaczynamy się zastanawiać, co będzie dalej – „oraz wymianę narządów między państwami członkowskimi”. Jeżeli znajdziemy odpowiednie zapisy we wcześniejszym projekcie dyrektywy... W Europie czterdzieści tysięcy ludzi czeka na przeszczep narządu, w Polsce jest pięćset dawców narządów, przeszczepiamy sto pięćdziesiąt wątrób, czyli trzysta pięćdziesiąt wątrób będzie wywiezionych za granicę następnego dnia czy w następnych dniach w ciągu roku, jeżeli ten zapis przyjmujemy w takiej formie, w jakiej on jest tutaj ujęty. Jeszcze bardziej jest to poparte w pkt 7, gdzie jest tak napisane: „Utworzenie ogólnowspólnotowych umów” – to jest genialnie – „w sprawie różnych sposobów medycyny transplantacyjnej” – i teraz w nawiasie jest taki zapis – „uwzględniających mobilność pacjentów” – i dalej – „oraz zgoda z zasadą swobodnego przepływu odbiorców usług”. Odbiorców usług, czyli odbiorców przeszczepionego narządu. Tak to odczytałem. Mam nadzieję, że dobrze. A może coś źle czytam w oficjalnych dokumentach? Co to oznacza? Oznacza to, że powstaje taka oto sytuacja – a mówi się o tym od wielu lat na kongresach, spotkaniach i wielu innych gremiach – że brakuje dawców. Pan minister o tym wspomniał i wszyscy o tym wiemy. Wobec tego kraje, które finansowo są w stanie sprostać utrzymaniu pacjentów po przeszczepieniu, wykonują więcej przeszczepów. Mogę państwu powiedzieć, że w Polsce robimy ich mniej niż wynosi średnia w Unii Europejskiej, chociaż nie jest tak bardzo źle, od razu chcę powiedzieć.

Wobec tego, te zapisy – nie wchodząc w politykę, bo nie jestem politykiem – pozwalają na dwie rzeczy. Po pierwsze, więcej narządów wyjedzie z Polski niż ich dostaniemy. Co do tego nie ma cienia wątpliwości. I tu jest pytanie, czy to jest zasadne i czy się na to zgadzamy. Po drugie, jest tu bardzo istotne niebezpieczeństwo, to jest ten zapis „uwzględniających mobilność pacjentów”. Co to oznacza? Polak rejestruje się na liście w Berlinie, Hetzer przeszczepia mu wątrobę, bierze za to 150 tysięcy euro, ale rachunek przyśle do Polski, właśnie na 150 tysięcy euro. A ten sam Polak przeszczepiony w Polsce kosztowałby 172 tysiące. W pierwszym roku, bo potem oczywiście gwałtownie te koszty maleją. Wobec tego istnieją dwa niebezpieczeństwa: pierwsze, że więcej narządów wyjedzie z Polski niż ich dostaniemy. I jest pytanie, czy się z tym zgadzamy, czy nie. Jeśli dyrektor „Poltransplantu” się nie zgodzi... no nie zgodzi się, ale od sto pięćdziesiątego pierwszego pobranego narządu się zgodzi, bo nie będzie miał środków na to, żeby przeszczepić go w Polsce. To pierwszy element, który chcę podkreślić. I drugie niebezpieczeństwo będzie wtedy, jeżeli przy mobilności pacjentów nie ustali się reguły, że za pacjenta polskiego przeszczepionego za granicą płaci się stawkę polską, i odwrotnie, Niemiec przeszczepiony w Polsce płaci nam stawkę niemiecką, a nie polską. Bo jest różnica w wycenie procedur w krajach Unii Europejskiej i Polsce. Moim zdaniem, to stwarza realne niebezpieczeństwo wypływu pieniędzy z Polski. To wszystko, Panie Przewodniczący. Dziękuję.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Dziękuję bardzo za te uwagi.

Teraz pan senator Norbert Krajczy, sprawozdawca naszej komisji.

Senator Norbert Krajczy:

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Oczywiście mógłbym mówić dużo... i po tych wystąpieniach już niewiele. Pan minister nie powiedział o skutkach finansowych. Na poprzednim posiedzeniu komisji zapytałem o to pana ministra Szulca, myśląc o tym spotkaniu. Jest co prawda kwota z budżetu wpisana w Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na 2009–2010, ale nie wiem, czy cięcia budżetowe nie doprowadzą do tego, że ona zniknie. Ale to tylko taki wytyk na początku.

Muszę powiedzieć, bo nie wszyscy są ekspertami w tej dziedzinie, że przeszczepienie narządów to jest leczenie, zastosowanie narządów ludzkich to zastąpienie niefunkcjonującego narządu narządem od dawcy. Przeszczepienie narządów jest najbardziej opłacalnym sposobem leczenia schyłkowej niewydolności nerek, a także jedyną w tej chwili dostępną metodą leczenia schyłkowej niewydolności takich narządów, jak wątroba, płuca i serce. Wykorzystanie narządów w leczeniu niesie oczywiście ryzyko, i to ryzyko jest przenoszony na biorcę, chorób zakaźnych lub nowotworowych. I jak już powiedziano, niedobór narządów jest głównym czynnikiem, który wpływa na programy przeszczepiania. Obecnie na listach oczekujących jest około sześćdziesięciu tysięcy pacjentów.

Jest jeszcze jedna rzecz związana z naszym dzisiejszym procedowaniem. Jedną z możliwych konsekwencji braku narządów jest oczywiście nielegalny handel nimi przez zorganizowane grupy przestępcze.

Chciałbym państwu powiedzieć jeszcze jedną ważną rzecz. Nie mówimy tutaj, i ten wniosek nie obejmuje: krwi, składników krwi, tkanek i komórek ludzkich ani narządów, tkanek i komórek pochodzenia zwierzęcego. Krew, produkty krwi są przedmiotem innych dyrektyw, tak samo jak tkanki i komórki ludzkie. Niniejsza dyrektywa nie ma też na celu objęcia badań wykorzystujących narządy ludzkie do celów innych niż przeszczepianie. Jest tak zwane zapewnienie ochrony dawców. Wykorzystanie narządów ludzkich powinno odbywać się w warunkach zapewniających ochronę praw i zdrowia dawców. Programy przeszczepienia narządów powinny opierać się na zasadzie dobrowolnego nieodpłatnego dawstwa, altruizmu dawcy i solidarności między dawcą i biorcą, zapewniając jednocześnie anonimowość zmarłego dawcy, żywego dawcy w stosownych przypadkach, i biorcy, biorców oraz ochronę danych osobowych. Jest tutaj też ułatwianie współpracy między państwami członkowskimi oraz wymiana ponad granicami, ale myślę, że to jest tylko dla zainteresowanych, jak się pobiera te narządy. To wszystko, Drodzy Państwo, jest wpisane, łącznie z indentyfikacją.

I najważniejsza rzecz, budżet. Otóż, jeżeli chodzi o finansowanie unijne, to między innymi, począwszy od 2009 r., na czas nieokreślony jest zatrudnionych dwóch pracowników administracyjnych w wymiarze pełnego etatu, którzy będą opłacani na kwotę 122 tysiące euro. Do tego dochodzą jeszcze szkolenia, kursy itd.

Proszę państwa, teraz chciałbym przedstawić stanowisko naszego eksperta. Mianowicie rząd popiera prace nad omawianym projektem, chociaż od stycznia 2006 r.

zaczęła w Polsce obowiązywać ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, której przepisy wprowadziły wysokie standardy w zakresie bezpieczeństwa oddawania, pobierania, testowania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji narządów. Jednak wobec swobody przemieszczania się obywateli konieczne jest wprowadzenie jednolitego systemu oznakowania komórek i tkanek w całej Unii, umożliwiającego jednoznaczną identyfikację dawcy i wszystkich biorców. W związku z tym należy uznać, że potrzeba wprowadzenia proponowanej dyrektywy nie budzi wątpliwości i nie jest konieczne, aby Komisja Spraw Unii Europejskiej rozpatrywała bliżej ten projekt. Przy czym trzeba wspomnieć, że będzie on zgodny z decyzją COSAC badany na zgodność z zasadą pomocniczości.

Jest jeszcze jedna rzecz związana z finansowaniem, o którym jest w opinii pana profesora Pączka. Może być faktycznie taka sytuacja, że niektóre osoby będą się przemieszczały poza Unię – przykład ze Stanów Zjednoczonych. I jak wówczas rejestrować ten przeszczep w swoim kraju?

Jeżeli można, jeszcze takie jedno porównanie, o którym też mówił pan profesor, żeby zobrazować ewentualnie te koszty. Faktycznie, jeśli obywatel Niemiec będzie miał przeszczepioną nerkę, to zysk płatnika niemieckiego, czyli niemieckiej kasy chorych, będzie rzędu około 50 tysięcy zł. Czyli de facto może być tak, jak już się robi w Niemczech wobec Anglików, we wschodnich landach, gdzie szpitale są przygotowane do wszczepienia endoprotez, kolejki są krótsze, a zabiegi tańsze. U nas też może tak być. Dziękuję.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, zanim oddam państwu głos, chciałbym zwrócić uwagę na dwie rzeczy. Po pierwsze, mamy się tutaj wypowiedzieć tylko ogólnie co do zasady pomocniczości i proporcjonalności. Oczywiście szczegóły są istotne, ale chciałbym też przypomnieć, że Komisja Spraw Unii Europejskiej będzie jeszcze rozpatrywać ten punkt w trybie art. 6. Czyli to jest początek drogi, jeżeli chodzi o dogadywanie szczegółów, o których między innymi pan senator mówi. I oczywiście strona polska może zgłaszać tego typu uwagi itd. Czyli ta sprawa będzie dogadywana i jeszcze w trakcie pracy nad tą dyrektywą będzie ona korygowana, poprawiana.

I druga rzecz. Tutaj mam pytanie, nie wiem, albo do pana profesora Pączka, albo do pana ministra Serafina. Pan profesor pisze tak: „za działania priorytetowe dotyczące dawstwa” itd., i powołuje się pan na Komisję Rady Europy, a to nie jest instytucja unijna, tylko inna, jeżeli dobrze to identyfikuję. Rada Europy może... To jest jakby zalecenie, które Unia Europejska może przyjąć, ale nie musi. Wobec tego chciałbym, żebyśmy mieli świadomość, czy te dziesięć punktów pochodzi z dokumentu Rady Europy, czy też unijnego, bo wtedy on mógłby być wiążący, a tak to on jest tylko wskazaniem.

Nie wiem, czy pan profesor, czy pan minister Serafin odpowie.

(Głos z sali: Rady Europy.)

Tu jest napisane „Rady Europy”.

(Głos z sali: To jest dobrze.)

Czyli Rady Europy. To może poproszę pana ministra Serafina o wyjaśnienie tej kwestii.

**Podsekretarz Stanu w Urzędzie Komitetu Integracji Europejskiej
Piotr Serafin:**

To znaczy, ja rozumiem, że w opinii pana profesora jest odniesienie do Rady Europy, natomiast projekt, stanowisko dotyczy komunikatu Komisji Europejskiej.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Tak i dlatego pytam, chciałbym, żebyśmy wiedzieli, czy to jest zalecenie, czy to jest bardziej wiążące.

To jeszcze poproszę pana profesora Pączka.

Kierownik

**Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
w Instytucie Transplantologii
na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym
Leszek Pączek:**

To jest właśnie to, o czym wspomniałem, jak zacząłem od wstępu historycznego. Ten dokument ogłoszono w kwietniu 2008 r., i to jest dokument Rady Europy. Na podstawie tych właśnie punktów, które tu się znalazły, to było ogłoszone w 2007 r., ale opublikowane, upublicznione w 2008 r. Potem nastąpiła przerwa, wystosowano apel do Parlamentu Europejskiego i innych instytucji krajowych zjednoczonych w Unii Europejskiej, aby pracowały nad tym projektem. W odpowiedzi na to parlament naszego państwa ogłosił swoje stanowisko, a potem, w grudniu, ukazał się projekt dyrektywy, który jest przedmiotem dyskusji. Ale ta dyrektywa odnosi się do pewnych punktów, o których państwu specjalnie napisałem w swojej opinii, żeby pokazać, że dwa z nich są szalenie niebezpieczne. To znaczy, one potem w tej dyrektywie trochę giną, ale nie do końca. Oczywiście powinienem powiedzieć, że w Sejmie w tej chwili leży projekt ustawy transplantacyjnej, nowej, który czeka na pierwsze czytanie w lutym. I te poprawki, które tam wniesiono w stosunku do tej poprzedniej ustawy, bodaj z 2006 r....

(Głos z sali: Z 2005 r.)

...z 2005 r., stosunkowo niekosztowne, mogą bardzo poprawić stan pobierania narządów i przeszczepiania. Są dwie zmiany: po pierwsze, w każdym szpitalu tworzy się stanowisko koordynatora, po drugie, Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za procedurę opieki nad dawcą w szpitalu. To może są szczegóły i niepotrzebnie w nie wchodzi, ale te dwie, wydawałoby się proste, zmiany mogą poprawić tę sytuację. I jeżeli mogę o coś apelować, to właśnie chciałbym, aby ta ustawa po prostu przechodziła kolejne swoje etapy. Wiele spraw ona by rozwiązała. Tak że nie jesteśmy bierni, jak gdyby cofnięci. Mogę tylko pogratulować, że takie poprawki są w tej propozycji ustawy.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Dobrze.

Dziękuję bardzo.

Rozumiem, że kwestia kosztów, przepływu organów itd....

(Głos z sali: Ona zostaje.)

...ona zostaje, ale to dotyczy nie tylko samych organów, bo to jest w ogóle związane z migracjami. Jeżeli ktoś wyjedzie i za granicę wykona zabieg, to pozostaje kwestia kosztów. Tak więc ona jest bardziej ogólna, dotyczy nie tylko narządów.

Proszę państwa, otwieram wobec tego dyskusję.

Może dobrze by było, gdybyśmy skoncentrowali się na tym, czy ta zasada pomocniczości i proporcjonalności, czyli ta ogólna zasada, jest czy nie jest naruszana. Pan senator Norbert Krajczy uważa, zresztą pan profesor i pan minister również uważają, że tego typu ogólne regulacje są potrzebne, czyli sprawy muszą być uporządkowane, chociażby ze względu na te mobilności i swobodę przemieszczania się...

(Głos z sali: Przeptywu.)

...przeptywu itd.

Czy są jakieś wątpliwości, czy uwagi do tego? Według naszego komisyjnego eksperta, to nie budzi wątpliwości, proporcje między tym, co jest wspólnotowe, a tym, co jest na poziomie kraju są wyważone, nie jest tak, że tutaj lepiej byśmy to rozwiązali niż na poziomie wspólnotowym. Tego nie da się zrobić tutaj, to musi być uregulowane na poziomie wspólnotowym.

Czy co do tego ktoś chciałby się odnieść?

Pan senator Janusz Rachoń.

Senator Janusz Rachoń:

Ja myślę, że to nie budzi żadnych zastrzeżeń, o których mówił kolega, ekspert senacki. Muszę natomiast powiedzieć, że dla mnie ten problem, że więcej organów będzie wywiezionych z Polski, jest raczej etyczny, dlatego że z wystąpienia pana profesora Pączka zrozumiałem, iż te organy, które by wywieziono i tak nie byłyby wykorzystane w naszym kraju. To jest bardzo istotny element.

I druga sprawa. Nie jesteśmy w stanie przewidzieć wszystkiego. Bo panowie mówicie tutaj o przemieszczaniu się pacjentów, którzy chcą się poddać transplantacji. Dzisiaj, kiedy członkowie Unii Europejskiej mogą swobodnie się przemieszczać, dawca może się przemieścić...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...i umrzeć, na przykład we Francji, a wcześniej złożył deklarację itd. I co w związku z tym, będziemy te organy obywatela polskiego ściągać do Polski?

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

O tym też pewnie będziemy dyskutowali, może teraz, może później.

Mam pytanie do pana ministra. Jest ta ustawa z lipca 2005 r., która wprowadziła wysokie standardy, to jest podkreślone. Czy te rozwiązania, które się przewiduje do wspólnego uregulowania, czy te nasze rozwiązania spełniają te wszystkie standardy i oczekiwania wspólnotowe?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski:

Panie Przewodniczący, w tym przypadku nie musimy się wstydić, a mamy się czym pochwalić. Regulacje w tej ustawie, którą będziemy zresztą nowelizować, jak

pan profesor Pączek wspomniał, i tu jesteśmy za tym, żeby tak się stało, właściwie stały się wzorcem dla Parlamentu Europejskiego, przykładem jak należy to dobrze rozwiązać. I dużo tych rozwiązań, które są zawarte w naszej ustawie, znajduje się również w tej chwili w pracach Parlamentu Europejskiego. Tak że mamy nowoczesną ustawę, która stanowi pewien wzorzec, jak w Sevre pod Paryżem, dla Parlamentu Europejskiego. I to jest niezależne od tych zawirowań, które spowodowały, że liczba transplantacji spadła, ale teraz znowu rośnie, i w związku z tym również dyskutujemy o tym, czy więcej tych narządów od nas wyjedzie, czy do nas przyjedzie. Tak jest na ten moment, jak powiedział pan profesor. Ale oczywiście myślę, że naszym wspólnym zamierzeniem jest, żeby leczenie polegające na przeszczepianiu narządów się rozwijało. I w związku z tym być może za rok, dwa lata czy trzy wyjedzie znacznie mniej tych wątrób, na przykład, o których pan profesor wspomniał, bo zagospodarujemy ich więcej. Na pewno wszystkim zależy na tym, żeby przeszczepiać je przede wszystkim własnym obywatelom, ale przy zmianie prawa europejskiego może się tak zdarzyć, że to, czego u siebie nie znajdziemy, będziemy mogli pozyskać z innego kraju unijnego. Musi to oczywiście działać we wszystkie strony. Dziękuję.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Dziękuję bardzo.
Pani senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo.
Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jestem pod wrażeniem raportu dwóch kanadyjskich prawników: Davida Kilgoura i Davida Matasa, którzy piszą o wyznawcach Falun Gong w Chinach i patologiach, jakie tam powstały w związku z przeszczepami. Ten raport zrobił na mnie ogromne wrażenie. Pierwszy raz przeczytałam go dwa lata temu. I kiedy wezmę pod uwagę ten raport, a także tę dzisiejszą dyrektywę, zastanawiam się, czy wystarczająco zostały w niej zabezpieczone sprawy dawstwa. Czy w związku z tym, że jesteśmy krajem biednym, a tych biednych krajów jest kilka w Europie, wystarczająco zabezpieczyliśmy się przed jakimiś mafijnymi albo innymi, totalitarnymi, że tak powiem, systemami, które mogłyby spowodować podobne nadużycia, może nie na taką skalę, ale podobne. I kiedy czytam, na przykład, art. 23, dotyczący zapewnienia ochrony dawców, to są cztery punkty, wydaje mi się, że takiej ochrony tutaj nie ma. Mówimy bardziej o zasadach pomocniczości i subsydiarności, ale zastanawiam się, czy właśnie nie należałoby położyć większego nacisku na profilaktykę, żeby właśnie zapobiec takim różnym nielegalnym sytuacjom w tych uboższych krajach, w których ci ludzie mieliby okazję na przykład zarobić w ten sposób dla rodziny czy też uratować życie komuś z rodziny, albo mafijnym działaniom. Myślę, że jest wiele takich pytań, które każdy z nas sobie zadaje. I ja chciałabym właśnie zapytać, czy państwo zastanawialiście się nad tym, czy nie należałoby jakoś bardziej umocować tego w tej dyrektywie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Dziękuję bardzo.
Pan senator Norbert Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

To znaczy, jeżeli można, odpowiem pani senator. Między innymi ta dyrektywa, która jest przedmiotem niniejszego wniosku, gwarantuje, że państwa członkowskie wdrożą system identyfikacji narządów. Chodzi o ustanowienie systemu, który by zapewniał identyfikację wszystkich narządów od dawcy do biorcy i odwrotnie. To jest kluczowym czynnikiem zapewnienia bezpieczeństwa i przede wszystkim zapobiegania płaceniu za narządy i ich kupowaniu oraz nielegalnemu handlowi narządami. Będzie ewentualnie blokadą.

Chciałbym jeszcze odpowiedzieć na te wątpliwości. Identycznie jest w przypadku honorowych dawców krwi. Też obawialiśmy się... Oczywiście jest pewien margines dawców, którzy wyjeżdżają za zachodnią granicę. My tego nie upilnujemy, nikt tego nie upilnuje i nikt tego nawet nie monitoruje. Tak samo będzie z dawcami. Będzie oczywiście pewien procent dawców, którzy dla...

(Głos z sali: Kasy.)

...z różnych, zwłaszcza finansowych względów, będą chcieli oddać na przykład jedną nerkę, bo taka możliwość istnieje. My nie będziemy w stanie tego opanować, chociaż tutaj też jest takie zabezpieczenie, że będzie można sprawdzić, czy dawca był legalny. Bo przecież, o czym pan przewodniczący Wittbrodt mówił, dzięki wprowadzeniu tego pacjenci tak zwani trudni, myślę tutaj o dzieciach, o pacjentach z nagłych wypadków, pacjentach nadwrażliwych, którzy wymagają bardzo dokładnych układów zgodności, będą mieli jakąś szansę. Bo to nie jest tylko to, że ktoś odda nerkę i już następny będzie miał ją przeszczepioną. Z tym się wiąże jeszcze mnóstwo, mnóstwo różnych rzeczy.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Dziękuję
Pan senator Grzegorz Czelej.

Senator Grzegorz Czelej:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Panie Profesorze!

Znamy się korespondencyjnie, teraz mamy okazję spotkać się osobiście, miło mi.

Moim zdaniem, na ten problem przeszczepu, a jest on specyficzny, należy popatrzeć szerzej, w kontekście Europy, w której jesteśmy. Dużym problemem jest zgodność tkankowa. Narządy, które przeszczepiamy, nie są niczym uniwersalnym, są bardzo specyficzne tkankowo i w interesie pacjentów jest to, aby działał bardzo sprawny system czy bank, który będzie identyfikował zgodność tkankową i pozwoli na szybkie przyporządkowanie danego narządu do danego pacjenta. I ja, kontynuując ten wątek, ale skracając go nieco, spojrzalbym na kwestie etyczne szerzej – w kontekście europejskim. Jeżeli mamy pacjenta, którego możemy uratować w Hiszpanii, to nie rozpatrywałbym tego

problemu w ten sposób, że tracimy polską wątrobę, tylko że w tym momencie ratujemy życie. I w interesie wszystkich pacjentów, całej Unii Europejskiej, jest to, aby ten system obejmował jak największą populację ludzi. To jest bardzo istotne i kluczowe w tym momencie, ponieważ zwiększa szansę na uratowanie komuś życia.

Problem, z jakim tu się spotykamy, jest moim zdaniem już nie tyle etyczny, ile dotyczy przełożenia konkretnych pieniędzy na liczbę uratowanych istnień ludzkich. W Polsce istnieje ta bariera, możemy określić bardzo ścisłą zależność: tyle i tyle pieniędzy to jest tyle i tyle przeszczepów. W konsekwencji można to przeliczyć z dużym prawdopodobieństwem na liczbę ocalonych istnień ludzkich. Oczywiście tutaj problem jest taki, w skrócie: mamy pieniądze na uratowanie tylko tylu istnień. I to jest naszą tragedią. Musimy popatrzeć na to jak na proces, który jest dynamiczny, zmienia się. W perspektywie lat są moim zdaniem szanse, aby ten trend i tę sytuację zmienić. I wielu polskim pacjentom, których będzie na to stać, nie bójmy się tego powiedzieć, sprawniejszy system będzie dawał szansę na przeżycie. W tym kontekście ta ustawa moim zdaniem jest bardzo cenna, powiedziałbym nawet, że dla wielu ludzi na pewno okaże się bezcenna. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Dziękuję bardzo.

Pan senator, pan przewodniczący Pupa.

Senator Zdzisław Pupa:

Mam takie pytanie do pana profesora.

Bo słyszało się w mediach o braku, można powiedzieć, dawców, braku organów do przeszczepu. Teraz słyszę, że sytuacja się poprawiła, na pewno nie jest zadowolająca, ale się poprawiła. I w kontekście naszej dzisiejszej dyskusji chciałbym zapytać pana profesora, jak jest z tak zwanym zapotrzebowaniem wewnętrznym, tak to nazwę, w naszym kraju na organy od dawców. Czy praktycznie jest wysyczone zapotrzebowanie na organy w naszym kraju, czy ono jest niewystarczające? Jaka jest sytuacja? Bo wiem też, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby w nagłych sytuacjach, wyjątkowych korzystać również dawców zewnętrznych, poza granicami kraju, szczególnie chodzi o szpik kostny. Przecież korzysta się z tego banku ogólnoswiatowego czy europejskiego, jeżeli chodzi o dawców szpiku kostnego. Jak wygląda ta sytuacja? Mając nawet pewne doświadczenia w innych dziedzinach życia społecznego czy gospodarczego w samej Unii Europejskiej, chciałbym mieć świadomość, że praktycznie będziemy wydolni, można powiedzieć, i ta solidarność europejska, gdyby do tego doszło, będzie wystarczająca i zadowolająca również dla nas.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Dziękuję bardzo.

Pan profesor.

**Kierownik
Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
w Instytucie Transplantologii
na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym
Leszek Pączek:**

Postaram się krótko odpowiedzieć.

Może najpierw odpowiem pani senator Fetlińskiej.

Otóż nie ma możliwości w Polsce, żeby dawca altruistyczny oddał nerkę, czyli nie może jej oddać ktoś, kogo na to namówimy. Sąd wydaje zgodę na taki przeszczep i to już z sądem trzeba pertraktować. Dawcą rodzinnym, czyli oddać jedną nerkę, może być tylko i wyłącznie osoba, która jest bliską rodziną lub małżonkiem, którego w naszym prawie też uznajemy za bliską rodzinę.

(Wesołość na sali)

Nie ma zgodności tkankowej. Nie, nie chciałem wprowadzać tego żartobliwego tonu.

Druga rzecz. Do przeszczepienia wątroby, serca i płuc nie jest wymagana zgodność HLA, nie ma takiej potrzeby, tylko przy przeszczepianiu nerek jest to niezbędne. Przy nowych lekach immunosupresyjnych różnice w wieloletnim przeżyciu wynoszą 1%, 2%, 3%, 5%, jeżeli nawet nie ma pełnej zgodności, a więc to jest już mniej ważne. Bardzo duże znaczenie ma natomiast czas. Jeżeli sprowadzimy nerkę z Hiszpanii, to oczywiście wtedy to, co zyskamy na doborze, stracimy na czasie. Ale to jest jeszcze inne zagadnienie.

Teraz co do zapotrzebowania. Mniej więcej wiadomo: dziesięć, dwadzieścia wątrób na milion mieszkańców w każdym kraju. To zależy od tego, jakie jest zużycie alkoholu na głowę i ile jest HCV, zakażenia, i HBV. Praktycznie można by to wyliczyć z kartką i długopisem, jeśli zna się epidemiologię chorób danego kraju. Na przeszczepienie nerek zapotrzebowanie jest trochę większe. I o nerkach chciałbym jedno zdanie powiedzieć. Średnio jest zapotrzebowanie na pięćdziesiąt – sto nerek rocznie. U nas jest dużo mniejsze.

I powiem taką rzecz. Myślę, że wszyscy tutaj albo większość z nas jest przekonana, że przeszczepianie czy transplantologia wymaga dodatkowych nakładów finansowych. Otóż chcę powiedzieć tak: średni koszt dializowania w 2006 r. wynosił w Polsce 42 tysiące. Średni koszt rocznej opieki po przeszczepieniu nerki wynosi 15 tysięcy. Na każdym chorym przeszczepionym państwo polskie oszczędza 25 tysięcy zł rocznie. To, że nie promujemy tej metody i nie ma narodowego programu przeszczepiania narządów, oznacza, że nie oszczędzamy w Polsce pieniędzy, po prostu nie oszczędzamy pieniędzy. Jeżeli nerki wyślemy do Niemiec, Francji, Hiszpanii itd., to jeszcze bardziej nie będziemy oszczędzali pieniędzy. Tak więc, jeżeli mówimy, że oszczędzamy pieniądze, to je oszczędzajmy. Ale ja nie jestem politykiem. Tak że, my wcale nie mówimy, że chcemy więcej pieniędzy. My po prostu chcemy takiego systemu, żeby w każdym szpitalu, który może pobrać narządy... Takich szpitali jest nie więcej jak sto w Polsce na siedemset sześćdziesiąt. Żaden prywatny nie pobierze nerki, w ogóle nawet nie ma co o tym rozmawiać, przynajmniej nie teraz. Jest sto, sto dwadzieścia szpitali, które mogą pobrać narządy. Gdyby w każdym był koordynator i dostał tysiąc złotych brutto dodatku, to by kosztowało 1 milion 700 tysięcy rocznie, łatwo policzyć. To jest trzydziestu dializowanych, a i tak przeszczepimy wtedy stu trzydziestu i na tych

kolejnych stu zarobimy. To jest właśnie w tej ustawie, którą Ministerstwo Zdrowia zgłosiło do Sejmu.

I kolejna rzecz. Dlaczego jest mało dawców? Bo szpitale nie chcą opiekować się osobą terminalnie chorą czy zmarłą, którą trzeba dwadzieścia cztery godziny albo czterdzieści osiem godzin utrzymywać podłączoną do respiratora, całego sprzętu, żeby podtrzymywać w dobrej kondycji funkcje życiowe u osoby, powiedzmy jasno, zmarłej. Wobec tego Narodowy Fundusz Zdrowia mówi tak: przecież płacimy za leczenie chorych, a dlaczego mamy płacić za zmarłych? Była komisja, stwierdziła zgon, to odłączcie państwo te aparaty. To jest polityka Narodowego Funduszu Zdrowia. Pewnie wynika z jakichś tam przepisów. Dopóki nie wprowadzimy przepisu, że szpital otrzymuje refundację za potencjalnego dawcę, dyrektor szpitala zabrania – ja wiem, co mówię – zgłaszania dawców, bo ponosi z tego powodu konkretne koszty. Szczęśliwie w nowej ustawie znalazło się rozwiązanie, niekosztowne, bo to i tak bardzo szybko to się zwróci. Nie o to chodzi, że to się zwróci za dziesięć lat. W tym samym roku to się zwróci. Tak że musi być koordynator, musi być opieka nad dawcą i bardzo ścisła kontrola, kto ma narządy. Jeżeli ktoś przyjedzie z wycieczki w Tajlandii z nerką, to musi się zgłosić do transplantologa, bo musi dostać leki, on nie przeżyje trzech miesięcy bez leków. Czyli i tak się zarejestruje i będziemy wiedzieli, skąd jest ta nerka.

Mogę państwu powiedzieć, że przeczytałem te wszystkie dokumenty, i Rady Europy, i dyrektywy, i nie tam ma zapisu, który by mówił w ten sposób: obywatel kraju X, nie wnika, jakiego, wracając z przeszczepionym narządem, wcale nie musi mówić, gdzie go nabył. Tak że może sobie przeszczepić narząd w Pakistanie, Chinach, Indiach i nikt go nie zapyta, skąd go ma, dostanie leki w swoim państwie, bo jest wolność leczenia itd. Gdyby miał obowiązek to zgłosić, może tak zwana turystyka transplantacyjna zupełnie inaczej by wyglądała. Ale tego nawet w tej dyrektywie Unii Europejskiej nie ma. Tak że, tak jak mówię, trzeba czytać i to, co jest tam napisane, i to, co nie jest.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Tak, ale rozumiem, że to jest właściwy kierunek. Być może nie wszystko...
Panie Ministrze, proszę bardzo.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Twardowski:**

Dziękuję bardzo.

Potwierdzam zdanie pana profesora, że w przedstawionej noweli ustawy zapisujemy to właśnie, o czym pan profesor mówił, czyli koordynatora i również wynagrodzenie, bo chodzi nam o to, żeby to było skuteczne.

Jeżeli chodzi o drugą rzecz, Panie Profesorze – zwracam się do państwa, ale i do pana profesora – przekonaliśmy Narodowy Fundusz Zdrowia, żeby zapłacił również za utrzymanie przy życiu narządów do przeszczepienia. Tak więc uważamy, że ten problem jest już rozwiązany. Jakoś nam się udało.

(Głos z sali: Gratuluję, bo do dzisiaj tego nie było.)

Jeżeli natomiast chodzi o problem oznakowania tkanek i narządów, przygotowaliśmy rozporządzenie w tej materii. To jest ten system ISBT 128. Zarządzeniem mi-

nistra zdrowia powołaliśmy zespół złożony z naukowców, który dokładnie opracuje szczegóły, jak to będzie znakowane. I to też będzie stanowiło wzór dla Europy, bo my wiemy tu prym. Dziękuję.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Dziękuję bardzo.

Bardzo cieszy to, co pan minister mówi.

Proszę państwa, wobec tego, konkludując, chciałbym zaproponować, bo mamy się wypowiedzieć, żebyśmy odpowiedzieli na pytanie trzynaste: czy państwa zdaniem doszło do złamania zasady pomocniczości?

(Głos z sali: Nie.)

Nie ma wątpliwości, że nie, że jest to właściwe.

Czy są inne opinie w tej sprawie? Nie ma.

Wobec tego przyjmujemy takie stanowisko, chociaż głosować będziemy później, ale tu zgłaszamy wątpliwości. Nie ma wątpliwości.

Potem jest pytanie: czy uzasadnienie przedstawione przez Komisję w odniesieniu do zasady pomocniczości było wystarczające? Czyli my też wyrażamy opinię, czy wszystkie argumenty, które były przedstawione, były wystarczające do dokonania tej oceny. Pytam również pana profesora.

Kierownik

**Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
w Instytucie Transplantologii
na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym
Leszek Pączek:**

Dla mnie wystarczające, tak.

Przewodniczący Edmund Wittbrodt:

Czyli były wystarczające.

Czyli ktoś ma inną opinię? Nie. Czyli były wystarczające.

I w zasadzie to nam wystarczy, żeby ustosunkować się do tej kwestii, do dyrektywy, ale w odniesieniu do zasady subsydiarności i proporcjonalności.

Jeżeli nie ma innych spraw, to wyczerpaliśmy porządek posiedzenia tej komisji. Również w imieniu pana przewodniczącego Komisji Zdrowia dziękuję bardzo za udział w posiedzeniu panom ministrom, panu profesorowi.

Zamykam posiedzenie.

Kolejne będzie o godzinie 17.00, czyli członkowie Komisji Spraw Unii Europejskiej, a także nasi goście mają dziesięciominutową przerwę. Dziękuję bardzo.

(Senator Władysław Sidorowicz: Dziękuję bardzo.)

(Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 51)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 6 egz.

ISSN 1643-2851