



Oddaję, bo Kocham

Nie jest łatwo ocenić faktyczny stan polskiej transplantologii. Z jednej strony najwyższy poziom wiedzy i umiejętności naszych chirurgów transplantologów, tytaniczna praca koordynatorów transplantacyjnych i rosnąca liczba przeszczepów. Z drugiej niedostateczna świadomość Polaków dotycząca dawstwa organów, niejasność wycen procedur transplantologicznych, wymuszony kryzysem zakup przez szpitale leków immunosupresyjnych dokonywany głównie według kryterium ceny

Dawstwo organów, zarówno w procedurze dawstwa żywego, jak i zgody na ich pobranie od osób zmarłych, jest najwyższą formą dzielenia się największą wartością, jaką stanowi ludzkie życie. Popierają je ateści oraz wyznawcy wszystkich religii – od katolików, protestantów, przez prawosławnych i świadków Jehowy, którzy jedynie zwracają uwagę na to, by po pobraniu organ był obmyty z krwi, po buddystów.

Trudne statystyki

W ostatni weekend września w Warszawie odbyło się międzynarodowe sympozjum Żywy Dawca Nerki. Towarzyszące mu hasło „Oddaję, bo Kocham” dotyczy zarówno dawstwa żywego, jak i wyrażenia zgody na pobranie organów od zmarłych. W tym pierwszym przypadku decyduje oczywista – oddajemy część siebie, by uratować życie bliższej osobie, poprawić jego kom-

fort, uwolnić od wyniszczających organizm dializ, uniezależnić od rygorów diety. W drugim stwarzamy szansę na uratowanie nieznanego nam osoby, zatrzymując część tej, która odeszła... po to, by nie odeszła na zawsze.

Na świecie co druga przeszczepiona nerka pochodzi od dawcy żywego. W Polsce w najlepszym dotąd pod tym względem 2010 r. rodzinnych przeszczepów było 50, co stanowi zaledwie 5 proc. ich ogólnej liczby.

– Czy to oznacza, że w Polsce Kochamy naszych bliskich mniej? – prowokacyjnie zastanawia się prof. Andrzej Chmura, odnosząc się do hasła kampanii. – Co roku na liście pacjentów oczekujących na nerkę jest 1800 osób, na serce 350, wątrobie 250, a trzustkę 20. Daje to w sumie ok. 2500 osób. Rocznie w Polsce przeszczepia się około 1500 narządów, co oznacza, że brakuje niemal drugie tyle.

Tryptyk transplantologiczny

Żeby doszło do udanego przeszczepienia narządu, nie-

zbędny jest wysiłek na trzech etapach: pozyskania organu, dokonania udanego zabiegu oraz kompleksowej opieki nad biorcą rozumianej jako dostęp do właściwiej dobranej immunosupresji, gwarantującej przyjęcie i utrzymanie przeszczepu. W przypadku dawstwa rodzinnego i emocjonalnego staranną opieką medyczną objęty zostaje także dawca.

Poziom wiedzy społeczeństwa polskiego na temat zalet przeszczepów rodzinnych jest niski. Wynika on z kilku czynników: społecznej niewrażliwości, niewystarczających wysiłków edukacyjnych, niewiedzy lekarzy pierwszego kontaktu, a także nefrologów, którzy zbyt często kierują pacjentów na dializy, zamiast poinformować ich o możliwości przeszczepu od dawcy żywego. Dlatego od 2011 r. funkcjonuje w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej kampania skierowana do pielęgniarek w stacjach dializ. Jej zadaniem jest wykształcenie regionalnych koordynatorek transplantacyjnych, które będą informować pacjentów ze schyłkową niewy-

dolnością nerek o możliwości przeszczepu od dawcy żywego.

– Nie jest to proste – mówi Aleksandra Tomaszek, koordynator transplantacyjny. – Musimy uzyskać zgodę zarówno dawcy, jak i biorcy, a zdarza się, że odmawia on z obawy, iż komfort życia osoby, która oddaje organ, ulegnie pogorszeniu. Z drugiej strony musimy mieć pewność, że dawca podjął decyzję świadomie i samodzielnie, a nie na przykład na skutek presji wywaranej przez pozostałą część rodziny.

Drugi element tryptyku to udany przeszczep. Tu pod względem zdolności manualnych polskich chirurgów nie odbiegamy od światowej czołówki. Niestety znacznie gorzej wypada kwestia wyposażenia sal operacyjnych i stosowanych metod. Dla przykładu, w Polsce znajduje się tylko jedno urządzenie do chirurgii robotowej, w USA – prawie dwa tysiące. W Rumunii rok temu było ich jedenaście, a w samej stolicy Czech Pradze – dziewięć.

– Zatem od Stanów Zjednoczonych dzieli nas lata świetlne, a i w Europie jest kogo gonić –

stwierdza prof. Artur Kwiatkowski, koordynator projektu Żywy Dawca Nerki, będącego częścią Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej realizowanego ze środków ministra zdrowia na lata 2011–2020.

Po to, by trud koordynatora transplantacyjnego i sztuka chirurgów nie poszedł na marne, niezbędny jest trzeci element – nowoczesna immunosupresja, dzięki której dojdzie do odrzutu przeszczepionego narządu.

Perspektywy polskiej transplantologii

Jak każda dziedzina medycyny, transplantologia również nieustannie się rozwija. Najważniejszym wyzwaniem dla polskich transplantologów jest poprawienie statystyk dotyczących uratowania jak największej liczby chorych z niewydolnością narządów. Potrzebne są do tego odpowiednie środki finansowe, bo zaangażowania i wyłożonej pracy całej armii ludzi zatrudnionych w transplantologii nigdy nie brakowało. Na-

leży znacznie zwiększyć liczbę przeszczepień narządowych w Polsce. Jest to możliwe, jeśli społeczeństwo będzie miało rzetelną wiedzę na temat transplantologii, regulacji prawnych, zabezpieczenia interesów dawców i biorców oraz wyników leczenia, podaną w systematycznym, merytorycznym przekazie zarówno w szkołach, jak i w mediach.

W kategoriach naukowych prowadzone są usilne poszukiwania w kierunku pozbawionych immunogenności organów – zwierzęce szczepy wsobne, komórki macierzyste do hodowania dowolnych narządów lub tkanek oraz nowych, selektywnych leków immunosupresyjnych. Jednak na razie są to działania pozostające w sferze eksperymentu.

Z bardziej spektakularnych wyzwań niezwykle zaawansowane są już przygotowania do przeszczepu twarzy czy implantacji trzustki i wysp trzustkowych w pionierski sposób, które mogą być leczeniem z wyboru w niektórych przypadkach cukrzycy typu I.

Transplantologia polska –

O przyszłości transplantologii, przeszkodach na drodze do jej pełnego sukcesu, nadziejach, potrzebie systemowych zmian. Udział w niej wzięli krajowi specjaliści w tej dziedzinie, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Agencji Oceny

Przez wiele lat temat przeszczepów organów od żywych dawców był trudny dla społeczeństwa, środowiska medycznego i systemu. Mimo iż Polska ma wyśmienitych lekarzy – ekspertów w naszym nieustępowym wiedzy i fachowością medykami na świecie, w tej dziedzinie daleko nam było do współczesnych standardów. Dzięki staraniom środowiska medycznego w końcu nastąpił przełom w przeszczepach od żywych dawców, choć wiele jeszcze pozostaje do zrobienia.

W 2010 roku przeszczepiono ponad dwa razy więcej nerek niż w 2009 roku. W dużej mierze to zasługa I etapu kampanii edukacyjnej Żywy Dawca Nerki 2-1=2. Jednak to wciąż za mało, by transplantologia w Polsce w odniesieniu do przeszczepów rodzinnych przestała plasować nas w ogniu Europy i świata.

Profesor Andrzej Chmura, konsultant wojewódzki w dziedzinie transplantologii klinicznej i szef najaktywniejszej od dwóch lat w Polsce warszawskiej kliniki transplantologicznej, otwierając dyskusję, zwrócił uwagę, że przeszczepy nerek od żywych dawców w Polsce są obecnie największym wyzwaniem, wymagającym działań edukacyjnych i systemowych.

– Ważne, by rozmawiać o tym w oparciu o fakty. W złym nieprawdziwym świetle stawiają niektóre doniesienia prasowe. Zapewniam jednak, że nie jest tak źle – mówił profesor. Zwrócił uwagę, że dwa lata temu na-

jąc w nim, że transplantacja narządów często jest jedynym sposobem na uratowanie życia.

„To trudne zadanie dla środowiska medycznego oraz wyzwanie dla ludzkich postaw etycznych. Polska transplantologia to setki udanych zabiegów, doskonale rozwinięte ośrodki medycyny transplantacyjnej oraz prężnie działające organizacje. Dlatego należy prowadzić stałą kampanię edukacyjną oraz wspierać sposoby informowania społeczeństwa o możliwościach ratowania ludzkiego życia. Świadomość w tym zakresie jest ciągle niewystarczająca” – napisała.



↑PROFESOR
ROMAN DANIELEWICZ

Kolejnym elementem eksperckiego spotkania było przedstawienie konkretnych danych dotyczących transplantologii w Polsce. Referował jej dyrektor Poltransplantu prof. Roman Danielewicz, który koordynuje pobieranie i przeszczepianie organów w Polsce. Zanim przedstawił dane liczbowe, przypomniał, że transplantologia to nowoczesna dziedzina leczenia chorych z niewydolnością nerek, wątroby, płuc czy serca, dla których w wielu przypadkach jest jedyną drogą ratowania zdrowia i życia.

– W Polsce narządy przeszczepiane są od 1966 roku, w tym czasie przeszczepiono 22 408 narządów, w tym ponad 17 551 nerek, prawie 2000 serc, ponad 2500 wątroby i ponad 300 trzustek wraz z nerką, a także 61 płuc. To jednak zaledwie 45 proc. szacowanych potrzeb. Wiemy, że dawców narządów mogłoby być znacznie więcej, ponieważ w Polsce wciąż nie wszyscy potencjalni dawcy są identyfikowani i kwalifikowani do pobrania narządów. To wielkie pole do działania i zwiększania efektywności – mówił profesor Danielewicz.

Według szacunkowych danych w Polsce rocznie powinno się przeszczepiać ok. 2000 nerek, a jest przeszczepianych niewiele ponad tysiąc; 600 wątroby – podczas gdy wykonywanych jest 300 przeszczepów, ale przede wszystkim powinno się przeszczepiać ok. 300 serc, a ostatnio wykonano 80 przeszczepów!

– Rocznie na listę oczekujących wpisanych jest ok. tysiąc pacjentów do przeszczepie-

nia nerki i tyłu biorców nerek otrzymuje przeszczep. Możemy być dumni z wyników polskiej transplantologii w odniesieniu do przeżycia chorych i czynności przeszczepów. Rok od przeszczepienia żyje 95 proc. biorców nerek i 89 proc. przeszczepionych nerek. Po dziesięciu latach żyje 76 proc. biorców, a 55 proc. narządów funkcjonuje – mówił prof. Danielewicz.

Wszyscy eksperci potwierdzili, że wiele do życzenia pozostawiają przeszczepienia od żywych dawców. W Polsce wskaźnik na 1 mln mieszkańców wynosi 1, w krajach Europy Zachodniej pięć, sześć razy więcej. Jednocześnie przypomniano, że polskie społeczeństwo jest przychylnie transplantologii, tylko że w praktyce nie przekłada się to na liczbę przeszczepów.

Wiceminister zdrowia Igor Radziejewicz-Winnicki uważa, że trzeba głośno mówić, iż transplantologia to obszar dobrych inwestycji w zdrowie ludzi.

– Ważne jest budowanie w środowisku medycznym wspólnego frontu i edukacji dla transplantologii. Bo jeśli w kraju są olbrzymie różnice między województwami (między 5 a 26 proc.) w pozyskiwaniu dawców narządów, a częstość występowania zjawisk zdrowotnych jest porównywalna, to wydaje się, że mamy do czynienia z nierówną dystrybucją wiedzy, świadomości i przekonania co do słuszności działań współpracy i zgłaszania dawców – mówił wiceminister. Jego zdaniem powinno się budować pozytywny przekaz



↑IGOR
RADZIEWICZ-WINNICKI

kulturowo-medialny do społeczeństwa, że bycie dawcą narządu jest przejawem największego daru przekazywanego drugiemu człowiekowi.

– W Europie są kraje, w których większość przeszczepów stanowią przeszczepy od żywych dawców. W Polsce ciągle jest to zjawisko marginalne, i to trzeba zmienić. Powinniśmy budować przekonanie, że narząd jest bezcennym darem. Zapewniam, że resort będzie ściśle współpracował ze środowiskiem transplantacyjnym. Wierzę, że uda nam się wypracować rozwiązania, które pozwolą na wzrost liczby przeszczepów od żywych dawców – dodał Igor Radziejewicz-Winnicki.

Profesor Chmura, odnosząc się do przeszczepów wątroby w Polsce, przypomniał, że rozpoczęły się one w 1990 roku. Z 30-letnim opóźnieniem w stosunku do świata. – Jednak jesteśmy na dobrej drodze, bowiem przeszczepy wątroby to najbardziej dynamicznie rozwijająca się część transplantologii – akcentował.



↑PROFESOR
ARTUR KWIATKOWSKI

O optymistycznych przesłankach mówił też koordynator projektu Żywy Dawca Nerki prof. Artur Kwiatkowski. Jego zdaniem na szczególną uwagę w przeszczepach nerek od żywego dawcy zasługują powołanie koordynatorów transplantacyjnych w stacjach dializ.

– Teraz jest ich 68, w 50 stacjach dializ w siedmiu województwach. Głęboko wierzę, że prowadzona przez nich akcja informacyjna i edukacyjna przyczyni się do zwiększenia liczby przeszczepień od żywego dawcy – mówił. Według profesora to dopiero początek. Trzeba jeszcze stworzyć system kompleksowej opieki nad nimi, wprowadzić techniki chirurgii miniinwazyjnej i robotowej.

Profesor odniósł się również do przeszczepień symultanicznych nerki i trzustki. – Rok 2012 wydaje się rekordowy w tych przeszczepieniach. Możemy być dumni, że procedura ta, jeśli chodzi o oczekiwania i realizację, będzie praktycznie wyrównana – akcentował prof. Artur Kwiatkowski.

– Eksperti mówili też o problemach, na jakie natrafiają każdego dnia, przeszkodach w realizacji programu rozwoju medycyny transplantacyjnej w Polsce. Jedną z nich jest brak osobnej wyceny procedur pobrania nerki od żywego dawcy oraz niedoceniaenie ważności tej procedury. Podniesiono konieczność nowelizacji ustawy transplantacyjnej, nakładającej na ośrodki pobierające nerki od dawcy obowiązek opieki nad nim. Eksperti zauważyli, że w przepisach są luki.

– Nie ma tam chociażby mowy o zabezpieczeniu finansowym dla dawców, np. na przejazd do ośrodków na badania kontrolne, a ci często nie mają na to pieniędzy, co w efekcie uniemożliwia zbadanie części tych osób – zauważał prof. Chmura.



↑PROFESOR
MAGDALENA DURLIK

O opiece nad biorcami mówiła prof. Magdalena Durlik, konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii oraz transplantolog kierujący najstarszą w Polsce kliniką transplantacyjną. Zaznaczyła, jak ważnym zadaniem jest, by przeszczepiony narząd funkcjonował, a pacjent żył jak najdłużej. Ratujemy człowieka a jednocześnie zmniejsza się liczba chorych czekających na kolejny przeszczep. Pani profesor zwróciła uwagę, jak istotne jest leczenie immunosupresyjnie (zapobiegające odrzuceniu narządów).

– W opiece nad pacjentem ważne jest nie tylko leczenie immunosupresyjnie, ale i jego monitorowanie – stała kontrola nad możliwymi powikłaniami układu krążenia, onkologicznymi i odpornościowymi. Są to trzy główne przyczyny zgonów naszych pacjentów – mówiła prof. Durlik. – Opiekę nad pacjentem we wczesnym okresie po transplantacji komplikuje przepis mówiący, że szpitale nie mogą przyjąć chorego przed upływem 14 dni od jego wypisania ze szpitala. Dlatego pacjent nie powinien chorować (infekcja, proces odrzucenia) wcześniej niż po 14 dniach, a to zdarza się częściej i wówczas udzielając mu – co oczywiście – pomocy, nie otrzymujemy pieniędzy z NFZ.



↑PROFESOR
LESZEK PAĆZEK

– Chorzy, np. po pięciu dniach od wyjścia ze szpitala, mają wzrost kreatyniny i muszą

być przyjęci. I oczywiście są przyjmowani, ale NFZ za ich terapię już nie płaci. To jest przykład przepisu, który wynika chyba z braku zrozumienia specyfiki tej dziedziny – dodał prof. Andrzej Chmura.

Ważnym elementem debaty była opieka ambulatoryjna nad pacjentami po przeszczepieniu narządów, przedstawiona przez dyrektora Instytutu Transplantologii prof. Leszka Pączka, który nazwał transplantologów ofiarami sukcesu. Dlaczego?

– W pewien sposób staliśmy się nimi ze względu na wzrost liczby przeszczepów. W mojej przychodni leczymy 2200 pacjentów po przeszczepieniu nerki i 1100 pacjentów po przeszczepieniu wątroby, to 1/3 wszystkich pacjentów po przeszczepieniu tych organów w Polsce. Rocznie przybywa 250 nowych pacjentów. Natomiast na leczenie ambulatoryjne mamy limity ustalone przez NFZ. W związku ze wzrostem liczby pacjentów po przeszczepieniu przy zachowaniu limitów sprzed kilku lat mamy deficyt finansowy. W półroczu 2012 mamy niezapłaconych 2488 wizyt, ale także 126 hospitalizacji. Wielokrotnie informowaliśmy NFZ o problemie, kilkakrotnie występowaliśmy z prośbą o skorygowanie limitów, dotychczas bezskutecznie – mówił prof. Pączek.

Zaznaczył, że obawia się, co się stanie, jeśli liczba przeszczepów zostanie podwojona. – Wierzę, że limitów przyjęć w transplantologii nie będzie i sprawa zostanie rozwiązana w bieżącym roku – dodał.

O przeszczepach narządów u dzieci mówił przewodniczący



↑PROFESOR
PIOTR KALICIŃSKI

Krajowej Rady Transplantacyjnej prof. Piotr Kaliciński, który zwrócił uwagę, że dzięki programowi przeszczepiania organów, zarówno od żywego dawcy, jak i od osób zmarłych, listy oczekujących na nerki i wątroby są bardzo krótkie.

– Pamiętam czasy, kiedy na liście dzieci oczekujących na przeszczepienie nerki było 200 chorych, dziś mamy 30. Nie ma takiej sytuacji, że dzieci są dializowane i niekwalifikowane do zabiegu. Na przeszczep wątroby oczekuje średnio dziesięć dzieci. Nie oznacza to, że nie mamy innych problemów – mówił.



↑PROFESOR
ANDRZEJ CHMURA

stąpił przełom. Pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia i z inicjatywy Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej powstały znaczące inicjatywy: „Partnerstwo dla transplantacji” oraz Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Środowisko medyczne docenia zaangażowanie resortu we wspieranie transplantologii. Profesor Chmura wyraził wdzięczność pani marszałek Ewie Kopacz, która jako minister zdrowia odegrała kluczową rolę w tworzeniu tych programów.

Pani marszałek przekazała organizatorom list, podkreśla-

Całkiem piękna i niedroga?

rozwiązań pozwalających na jej lepsze finansowanie rozmawiano podczas debaty „Transplantologia polska – fakty”. Technologii Medycznych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Patronat nad debatą objęła „Rzeczpospolita”

Jednym z nich jest sfera przeszczepów narządów klatki piersiowej i jelit.

– Mamy nadzieję, że sytuacja się poprawi, jeśli uda się doprowadzić do końca budowę centrum transplantacyjnego. Kolejnym wyzwaniem jest wzrastająca stale liczba pacjentów potrzebujących bardzo drogiego leczenia, do których nie można dopasować istniejących procedur medycznych – dodał prof. Kaliciński.

Ekspert zauważył, że mogłoby być więcej żywych dawców nerki, gdyby móc o nich skuteczniej zadbać. Teraz jest to 15 proc., a powinno być co najmniej 50.

– Tu niezbędna jest pomoc ze strony państwa. Osoby takie powinny mieć np. zwrot kosztów związanych z przerwą w pracy na czas przebywania w szpitalu oraz gwarancję, że nie stracą zatrudnienia. Zakład Ubezpieczeń Społecznych powinien w całości wypłacać zasiłek chorobowy za okres zwolnienia związanego z pobraniem narządu. Potrzebne są zmiany przepisów prawa. Zmiany opłacalne, bowiem z punktu widzenia państwa nie są to wielkie wydatki, a dla rozwoju transplantologii byłoby to istotne wsparcie – uzupełnił profesor Kaliciński.

Krajowy konsultant w dziedzinie transplantologii prof.



↑PROFESOR
ZBIGNIEW WŁODARCZYK

Równie kategoryczny był prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego prof. Zbigniew Włodarczyk.

– Czasami wydaje mi się, że płatnik i politycy chcą, by transplantologia była „całkiem piękna i niedroga”. Tak się nie da. Albo będzie całkiem pięknie, albo niedrogo – mówił profesor.

Retorycznie pytał, dlaczego w Polsce odsetek osób dializowanych, zgłoszonych do przeszczepu wynosi do 8 proc., a na świecie jest ich trzykrotnie więcej? Czy jesteśmy tak bogatym krajem, że stać nas na dializowanie wszystkich – blisko 20 tys. chorych po 60 000 zł rocznie, a nie stać, by dwukrotnie więcej zgłaszać do przeszczepiania, które jest znacznie tańszą metodą leczenia.

Zwrócił też uwagę na kolejny problem: wycenę procedury transplantacyjnej w Polsce. Ta należy do najniższych w Europie.

– Przeszczep i opieka nad pacjentem w pierwszym miesiącu kosztują w Polsce ok. 10 tys. euro (w krajach europejskich 3–4 razy więcej), a leczymy tymi samymi lekami – mówił prof. Włodarczyk.

Prezes PTT jest także zaniepokojony brakiem opieki nad dawcami żywymi. Uważa, że niezbędne jest szersze wsparcie dawców rodzinnych, zwłaszcza gwarancją powrotu do pracy po okresie rekonwalescencji.

Do omawianych problemów i zgłaszanych wniosków odno-



↑ANNA KAMIŃSKA

siła się przedstawicielka resortu zdrowia, dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej Anna Kamińska. Zaznaczyła, że każde spotkanie ze środowiskiem ekspertów jest ważnym elementem współpracy. Jej zdaniem niezbędnym dopełnieniem sukcesu transplantologii są potencjalni dawcy.

– Promocja żywego dawstwa i pobieranie narządów od dawców zmarłych są w Polsce niewystarczające. Wynika to przede wszystkim z niewiedzy i jeszcze z niewykształconej kultury zdrowotnej naszego społeczeństwa – mówiła Anna Kamińska. – Sluchając tych głosów, może powstać wrażenie, że na państwa środowisko została przerzucona kwestia organizacji systemu, podczas gdy państwo powinniście ratować życie pacjentów.

Nie zgodziła się jednak z zarzutem, że ministerstwo nie zasięga opinii transplantologów w ważnych sprawach, także dotyczących finansowania.

– Należy pamiętać, że działamy w ramach ustalonego budżetu państwa. Jednocześnie zobowiązujemy się do pracy nad usprawnieniem organizacyjnym systemu, by program rozwoju medycyny transplantacyjnej działał jak najlepiej – obiecała dyrektor Kamińska.



↑BARBARA
WÓJCİK-KLIKIEWICZ

W imieniu NFZ głos zabrała Barbara Wójcik-Klikiewicz, dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami, przypominając, że w 2011 roku Fundusz przeznaczył na finansowanie transplantologii więcej środków niż rok wcześniej.

– Zapewniam, że dostrzegamy potencjał transplantologii, ale możemy obracać się tylko w ramach przyjętego planu finansowego. Jednocześnie niebawem ruszy konkurs na program lekowy dotyczący profilaktyki WZWB (wirusowe zapalenie wątroby – red.) u biorców przeszczepów. Myślę, że to dobra wiadomość – deklarowała Barbara Wójcik-Klikiewicz.

O tym, jak nowe regulacje, wprowadzone przez znowelizowaną ustawę refundacyjną utrudniają życie lekarzom i ich chorym, mówiło podczas debaty wielu jej uczestników.

Prof. Magdalena Durlik zwróciła uwagę, że w przetargach szpitalnych zazwyczaj wy-

grywa tylko jeden – najtańszy lek. A w skali kraju stosowanych jest kilka leków oryginalnych i kilka odtwórczych.

– Rozumiemy konieczność racjonalizacji wydatków, ale nie w każdym przypadku zmiana leku (zarówno oryginalnego, jak odtwórczego) jest wskazana, zwłaszcza wobec pogorszenia funkcji przeszczepu. W sytuacji „gasnącej nerki” priorytetem jest ratowanie organu. W takich przypadkach nie powinno się podejmować ryzyka jakichkolwiek zmian – dzieliła się spostrzeżeniem profesor Durlik.

– Nasi chorzy leczeni są różnymi typami leków immunosupresyjnych. Tymczasem w szpitalu mamy tylko jeden – przypominała i dodała: – Sądziałam, iż z chwilą wejścia na rynek różnych leków oryginalnych i odtwórczych dyrektor placówki będzie mógł zakupić chociaż niewielką ilość każdego stosowanego w praktyce klinicznej leku. Wszystko po to, by konkretny pacjent trafiłający na szpitalny oddział mógł kontynuować terapię tym samym farmaceutykami. W przypadku zmiany leków (zwłaszcza częstej) terapia może się okazać suboptimalna.

Z kolei prof. Ryszard Grenda, kierownik Kliniki Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego w Centrum Zdrowia Dziecka, zwrócił uwagę na jeszcze inny aspekt tej sprawy.

– Zdarza się, że dzieci po przeszczepieniu nerki w wyniku zastosowanej terapii, przede wszystkim wskutek działania steroidów – nie rosną. Są jednak opisane i udowodnione metody immunosupresji, przy której leki powodujące niskorosłość można wyeliminować. By to było bezpieczne dla pacjenta, konieczne jest podanie



↑PROFESOR
RYSZARD GREUDA

dwóch dawek odpowiedniego przeciwciała monoklonalnego, które niestety nie jest refundowane w takim właśnie wskazaniu. W efekcie ten pacjent po kilku latach kosztuje budżet państwa dużo więcej, ponieważ przyjmuje refundowany hormon wzrostu – stwierdził.

Zdaniem prof. Grendy lekarze powinni mieć szansę proponowania nowoczesnej immunosupresji zgodnie ze swą wiedzą i najlepiej pojętym intere-

sem pacjenta, a analiza farmakoekonomiczna może udowodnić, że także finansowo jest to opłacalne. – Na razie po stronie płatnika nikt takich niezależnych analiz nie prowadzi – referował prof. Grenda i podsumował: – Wierzę, że to nastąpi. To moje marzenie.



↑WOJCIECH
MATUSEWICZ

Wojciech Matuszewicz, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych, przyznał, że współczesna transplantologia bez innowacyjnych leków immunosupresyjnych nie odnosiłaby tak dużych sukcesów. Jego zdaniem transplantologia wymaga znakomitych fachowców – tych mamy – oraz coraz większego dostępu do najskuteczniejszych leków immunosupresyjnych, ponieważ najważniejsze dla lekarzy i pacjenta jest utrzymanie przeszczepu. Agencja, uwzględniając opinie transplantologów, wydała pozytywną rekomendację dla wszystkich wskazanych przez środowisko leków immunosupresyjnych. Niestety w przypadku niektórych istnieje konieczność dopłat ze strony pacjenta.

– Nie najszcześniejsze są takie rozwiązania – ocenił prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych. – Wszyscy uczymy się grup limitowych. Potrzebna będzie dyskusja, ale też wszyscy mamy świadomość, że w kryzysie pozycja leków odtwórczych będzie rosła. Zdajemy sobie jednak sprawę, że nawet przy 90 proc. biorównoważności leków odtwórczych (generycznych) wskazane jest ściślejsze monitorowanie stanu tych pacjentów.

– Rzecz w tym, że generalnie pacjenci po przeszczepach nie powinni w trakcie immunosupresji zmieniać leku. Jeżeli to nastąpi, muszą być szczególnie monitorowani przez kilka tygodni. Natomiast nie ma powodu do niepokoju, jeśli od początku immunosupresji pacjent będzie ustawiony na leku generycznym. Priorytetem w każdej sytuacji jest utrzymanie przeszczepu – stwierdził Wojciech Matuszewicz.

Przedstawicielka NFZ po wysłuchaniu głosów lekarzy odniosła się do farmakologii transplantacyjnej w kontekście ustawy refundacyjnej, przypominając, że określiła ona schemat postępowania przy wprowadza-

niu leków na ścieżkę refundacyjną.

– W niektórych aspektach ustawa powinna być znowelizowana – mówiła dyrektor Wójcik-Klikiewicz. – Właśnie rozpoczynają się prace, które powinny doprowadzić do uregulowania kwestii budzących dziś kontrowersje, m.in. tego, że teraz tylko firma farmaceutyczna może aplikować o wejście do systemu refundacji, i to na warunkach tylko przez siebie wnioskowanych.

W trosce o bezpieczeństwo przeszczepu Barbara Wójcik-Klikiewicz zaproponowała, by na recepcie lekarz dopisał NZ – nie zamieniać.

Prezes PTT prof. Zbigniew Włodarczyk podkreślił, że obowiązkiem środowiska jest współuczestniczenie w organizowaniu systemu zdrowotnego w zakresie transplantologii.

– Nie uchylamy się od tego i jesteśmy dla resortu i Funduszu grupą wsparcia. Skorzystamy wszyscy, a przede wszystkim pacjenci, jeśli będzie między nami więcej zrozumienia i współdziałania. Mamy przecież taki sam cel – zdrowie i życie pacjentów – podkreślał. I pytał: – Skoro zastanawiamy się nad fenomenem województw zachodniopomorskiego i podkarpackiego, w których liczba pobrań narządów różni się dziesięciokrotnie, to niewiele podejmuje się działań administracyjnych, by coś z tym zrobić. Skoro rozpoznanie i zgłoszenie śmierci mózgu z obowiązkiem lekarza wynikający z ustawy i kodeksu etyki lekarskiej, to dlaczego tego nie rozliczamy?

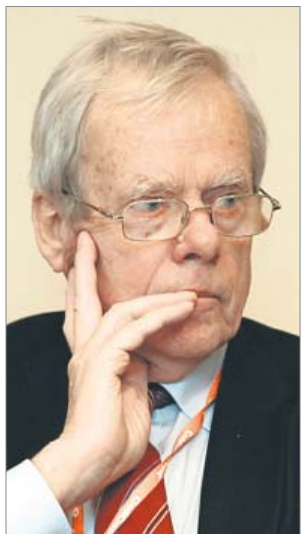


↑PROFESOR
ZBIGNIEW GACIONG

Na koniec głos zabrał kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Akademii Medycznej w Warszawie prof. Zbigniew Gaciong. Fundacja Centrum Rozwoju Medycyny, której przewodniczy, jest partnerem realizowanego od dwóch lat programu ministerialnego promującego żywe dawstwo organów.

– Mam nadzieję, że program przekształci się w ogólnokrajowy, który jako jeden z niewielu programów edukacyjnych kierowanych także do pacjentów, finansowany jest z pieniędzy budżetowych – powiedział prof. Gaciong.

–notowała Kamilla Gębska



↑PROFESOR
WOJCIECH ROWIŃSKI

Wojciech Rowiński podkreślił: – Niezbędna jest decyzja ministra zdrowia i prezesa NFZ, że wszystkie procedury transplantacyjne (tzn. komisyjne rozpoznania zgonu i podtrzymywanie czynności narządów do chwili pobrania, pobranie i przeszczepienie narządu, ambulatoryjna i szpitalna opieka po transplantacyjna) będą traktowane jako procedury nielimitowane, podobnie jak porody. Dopóki taknie będzie, nie unikniemy sytuacji, jakie miały miejsce w ubiegłym roku oraz w pierwszej części tego, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie zapłacił różnym ośrodkom pokaźnych kwot – prawie 3 mln zł, z tytułu nadwykoniań. Dokładne obliczenia kosztów wykazują, że inwestowanie w medycynę transplantacyjną nie tylko ratuje ludzi od zgonu, ale jest ekonomicznie uzasadnione – podkreślał profesor.

Wreszcie mogę zjeść tabliczkę czekolady

ROZMOWA | Przemysław Saleta, znany polski bokser, oddał córce Nicole nerkę. Dziś osiemnastolatka przygotowuje się do matury, jest aktywna na każdym polu życia i – jak przyznaje – zyskała „wolność” dzięki przeszczepowi

W: Jak żyjesz teraz, pięć lat po przeszczepie? Czy masz jakieś problemy zdrowotne?

NICOLE SALETA: Mogę i robię wszystko to, co inni zdrowi ludzie. Tak bardzo czekałam na przeszczep. Na początku najbardziej cieszyłam się, że będę mogła rozstać się z restrykcyjną dietą. W końcu zjeść tabliczkę czekolady i potrawy, które przecież mają smak. Wcześniej jadłam dania bez soli i wszystko smakowało tak samo. Mogę jeździć na rowerze, spotykać się ze znajomymi, przygotowuję się do matury, słucham muzyki japońskiej, pasjonuję się j-rockiem. Muszę jedynie pamiętać o braniu leków dwa razy dziennie. Przywykłam do tego, jak do mycia zębów.

Otwarcie mówisz, że przeszczep pozwolił ci wrócić do normalnego życia. Co było do tego momentu najtrudniejsze?

Z wielu rzeczy nie zdawałam sobie sprawy, bo byłam dzieckiem. Ale bardzo ograniczały mnie dializy, które godziły ze szkołą. To one wyznaczały rytm. Do domu wracałam nawet po 22.00, a trzeba było jeszcze odrobić lekcje.

Włączyłaś się w kampanię społeczną „Żywy dawca nerki. Oddaję, bo Kocham”. Dlaczego?

Mówienia o tym, jak wielkim darem jest przekazanie narządu komuś bliskiemu, by uratować mu życie, nigdy za wiele. Zależy mi na upowszechnianiu wiedzy o przeszczepach rodzinnych, bo sama tego doświadczyłam. Chciałabym, by tego typu przeszczepem było jak najwięcej. Wciąż wiele osób sądzi, że



IBEZY LUDBEK

oddając nerkę, coś tracą, a tak nie jest. Dają komuś drugie życie. Ja je dostałam.

Jak przekonujesz do tego kroku?

O przeszczepach trzeba mówić otwarcie, bo to nie jest temat tabu. Należy też zachęcać ludzi do robienia badań i wpisywania się na listę dawców organów. Nie ma chyba cenniejszej rzeczy niż możliwość przywrócenia komuś z rodziny, ale i obcej osobie możliwości powrotu do normalnego życia.

Rozmawiałaś z wieloma osobami po przeszczepach i wszyscy zgodnie twierdzą, że przeszczep zmienia dawcę i biorcę.

Warto pomagać innym, bo nigdy nie wiadomo, kiedy my będziemy potrzebowali pomocy – mówi Przemysław Saleta. Na zdjęciu z córką Nicole

go w Polsce ze wszystkich przeszczepów narządów tylko 5 procent to przeszczepy rodzinne. A na świecie jest ich około 50 procent. Być może wynika to z niewiedzy ludzi, że takie przeszczepy są wykonywane. A warto pomagać innym, bo nigdy nie wiadomo, kiedy my będziemy potrzebowali pomocy.

Czy w pana życiu po przeszczepie pojawiły się jakieś ograniczenia?

Moje życie z dwiema nerkami nie różni się od życia z jedną. Prowadzę równie intensywny tryb życia, tak samo trenuję, jem to samo. Przepelnia mnie radość.

Co robić, by rodzinnym przeszczepom było jak najlepiej?

Należy o tym rozmawiać, tak jak o wielu innych rzeczach. Nie jest to przecież ani wstydliva choroba, ani wstydlivy problem. Dobrze by było, aby każdy jak najwięcej wiedział o przeszczepach. Warto mieć teoretyczną wiedzę w tym zakresie. Może to dotknąć każdego, z dnia na dzień. Jestem tego przykładem.

Jaki wpływ miał ten dar miłości przekazany córce na pana dalsze życie?

Z pewnością to metafizyczne doświadczenie. Można to porównać do tego, jak kobieta rodzi dziecko. Dawca mężczyzna daje kawałek siebie swojemu dziecku i to jest niesamowite. A na poziomie emocjonalnym komfort, że mogłem pomóc córce, ujmując jej cierpień.

—rozmawiała Kamilla Gębska

Zamiennik nie zawsze jest skuteczny

MICHAŁ JACHIMOWICZ

EKSPERT W DZIEDZINIE POLSKIEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA, REFUNDACJI LEKÓW I OCENY TECHNOLOGII MEDYCZYNYCH, MAHTA



MATERIAŁY PRASOWE

Pacjenci po przeszczepach są zdani na przyjmowanie leków immunosupresyjnych. Tymczasem, jak zauważyła Agencja Oceny Technologii Medycznych, ich dostępność jest ograniczona. W swoich rekomendacjach prezes AOTM apeluje, by leki stosowane po przeszczepach narządów mięsrowych były jednakowo dostępne dla chorych. Ale po prawie roku głos ten nie został przez decydentów systemu ochrony zdrowia zauważony. Głos AOTM był reakcją na wprowadzoną w styczniu nową Ustawę refundacyjną, która całkowicie zmieniła zasady włączania leków do systemu refundacji i określania ich cen urzędowych. Aby ograniczyć dowolność urzędników w podejmowaniu decyzji refundacyjnych, określono algorytmy postępowania. Niekóre z rozwiązań zasługują na pochwałę. Jednak sztywne zapisy dotyczące określania cen urzędowych i limitów refundacji sprawiły, że wiele leków do niedawna dostępnych dla pacjenta zdołało. Wielu chorych nie stało na leczenie tymi samymi lekami co wcześniej. Teoretycznie mają do dyspozycji tańsze zamienniki, szkopuł w tym, że nie wszyscy pacjenci mogą dowolnie zamienić lek stosowany na zamiennik produkowany przez inną firmę. Tak właśnie jest z lekami immunosupresyjnymi. Leczenie chorych po przeszczepach narządów mięsrowych wymaga precyzyjnego dawkowania leku. Nie w każdym przypadku możliwe jest stosowanie zamienników, ponieważ różne preparaty zawierające tę samą substancję chemiczną charakteryzują się inną dostępnością biologiczną. To oznacza, że inne stężenie we krwi osiągnie ta sama substancja podana z lekiem A, a inne po-

dana w preparacie B, choć obydwa mogą zawierać taką samą dawkę leku. Co za tym idzie, zmiana leczenia prowadzonego jednym preparatem na leczenie innym, zawierającym tę samą substancję, może prowadzić do takich zmian stężenia leku we krwi, że stanowi chorego zagrożenie destabilizacji. W efekcie poziom substancji czynnej we krwi trzeba będzie oznaczać u chorego po każdej zmianie preparatu. A obowiązująca ustawa sprawiła, że te zmiany mogą być wymuszane poprzez zmieniające się ceny leków teoretycznie nawet co dwa miesiące. Tak więc chorzy powinni liczyć się z koniecznością częstego badania poziomu leku we krwi. Tu nasuwa się pytanie, czy system ochrony zdrowia liczy się z tym, że chorzy badający się co dwa miesiące w przychodniach specjalistycznych szybciej wyczerpią limity przyjeżdżając do NFZ. Co z innymi potrzebującymi, którzy z tego powodu nie będą mogli skorzystać z wizyty u specjalisty? Czy system liczy się z tym, że więcej może zapłacić za leczenie ostrych stanów odrzucenia przeszczepu? W skrajnych przypadkach chorzy będą musieli mieć narząd przeszczepiony ponownie, co wiąże się z dodatkowymi kosztami dla systemu ochrony zdrowia, nie mówiąc już o kosztach stresu i ponownego leczenia ponoszonych przez chorych. Chorzy leczeni immunosupresyjnie to tylko jedna z grup narażonych na zagrożenia przez nowe przepisy. Choć ustawa miała na celu m.in. ograniczenie wydatków publicznych na refundację leków, to nie oznacza tego czynić przez przeniesienie ich ciężaru na chorych i przy tak dużym wzroście ryzyka dla ich zdrowia. Chciano dobrze, wyszło – jak zawsze.

—notowała a.u.

Z miłości ofiarować nowe życie

ROZMOWA | Aleksandra Tomaszek, koordynator transplantacyjny żywego dawcy nerki, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Instytut Transplantologii im. Tadeusza Orłowskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Szpital Dzieciątka Jezus

Na czym polega pani codzienna praca?

ALEKSANDRA TOMASZEK: Przede wszystkim na promowaniu idei transplantacji nerki od osób żyjących. Organizuję spotkania, konferencje w stacjach dializ, w szpitalach dla chorych ze schyłkową niewydolnością nerek i ich rodzin, dla personelu stacji dializ i poradni nefrologicznych. Na tego typu spotkaniach opowiadam, na czym polega transplantacja, oswajam uczestników z zagadnieniami dotyczącymi pobrania nerki od osoby żyjącej i bliskiej dla chorego. Moim zadaniem jest odciążenie chorego, by sam nie musiał prosić bliskich o

oddanie nerki. Na spotkania zapraszam specjalistów: koordynatorów transplantacyjnych, nefrologa, chirurga, psychologa, dawcę, który już oddał nerkę, którzy opowiadają o pobraniach, zagrożeniach i korzyściach związanych z operacją. Moim zadaniem jest również prowadzenie od początku do końca potencjalnej pary dawcy i biorcy, która pojawia się w punkcie konsultacyjnym.

Z jakimi problemami w rozmowach z parą dawcy i biorcy spotyka się pani najczęściej?

Ktoś, kto zgłasza się do mnie, wie, po co przyszedł, wie, jaki jest cel rozmowy. Ja



MATERIAŁY PRASOWE

wyjaśniam wszelkie wątpliwości, kieruję do specjalistów, jeśli jest potrzeba przeprowadzenia rozmowy o szczegółowych aspektach pobrania czy przeszczepienia nerki. Podczas takich spotkań biorcy, czyli pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek, pytają głównie o to, czy dawca będzie zdrowy po oddaniu narządu, co mu grozi w czasie zabiegu, czy po oddaniu nerki wróci do dotychczasowego trybu życia. Z wykształcenia jestem także psychologiem interwencyjnym, co bardzo mi pomaga podczas tego typu rozmów. Dawca, dając swoją nerkę, daje nowe życie. Naturalnie, towarzyszy temu strach, są oba-

wy, ale jesteśmy po to, by je rozwiewać. Inaczej rozmawia się z matką, która oddaje nerkę dziecku, inaczej z żoną, która oddaje narząd mężowi, a jeszcze inaczej, gdy przyjaciel przyjacielowi. Miłość jest ta sama, chęć uratowania życia także, ale historią już inną.

Szczególnie trudne są rozmowy, gdy okazuje się, że dawca z różnych przyczyn jest dyskwalifikowany i nie może oddać narządu bliskiemu. Wówczas traktuje to jako osobistą tragedię. Obwinia się, że nie może pomóc mamie, córce czy mężowi, nie może uratować czyjegoś życia. Taka osoba potrzebuje wsparcia.

Potencjalny dawca ma prawo wycofać się w każdym momencie. Czy to się zdarza?

Mnie dotąd się to nie przytrafiło. Ale zdarzyło się, że dawca miał zostać jeden z członków rodziny, który bał się operacji. Ostatecznie zdecydowała za niego rodzina. Pomogliśmy tej osobie wycofać się z dalszych procedur, tłumacząc rodzinie, że nie mo-

że on zostać dawcą ze względów medycznych. Musimy tak postępować, by taka osoba, wracając do domu, nie czuła się przegrana, osądzona przez członków rodziny przez to, że została wybrana, a nie chce pomóc.

Czy dawca ponosi koszty związane z oddaniem narządów?

Wszystkie badania i cała procedura związana z kwalifikacją do pobrania narządu, przygotowania do zabiegu oraz wszystkie konsultacje są bezpłatne. Pacjent ponosi jedynie koszty związane z przejazdem do szpitala, w którym odbędzie się operacja.

Czy pacjent po oddaniu nerki objęty jest opieką medyczną?

Tak. Według ustawy przez dziesięć lat od momentu pobrania nerki. Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus opiekuje się takim pacjentem do końca jego życia. Dawca zgłasza się do nas najpierw po jednym miesiącu, potem trzech, sześciu, 12 miesiącach od operacji, a później co roku.

Czy w Polsce ludzie chętniej decydują się na oddanie narządów?

Statystyki nie zadowolają. Czas oczekiwania na przeszczepienie nerki od dawcy zmarłego wynosi w Polsce średnio dwa lata i 10 miesięcy od rozpoczęcia dializ. Przeszczep od dawcy żywego jest jedyną szansą na skrócenie tego okresu i ograniczenie powikłań związanych z samą chorobą i leczeniem dializami. Nerki od dawców żywych funkcjonują lepiej i dłużej niż te od dawców zmarłych. Przeszczepienie nerki jest najsukursniejszą metodą leczenia chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. Pozwala na powrót do normalnego życia i uwolnienie się od uciążliwych dializ. Nerkę można oddać zarówno osobie spokrewnionej, tj. mamie lub dziecku, jak i niespokrewnionej, z którą pozostaje się w silnym związku emocjonalnym. W tym drugim przypadku trzeba zwrócić się o zgodę do Sądu Rejonowego (bez żadnych opłat sądowych) i Komisji Bioetycznej.

—rozmawiała a.u.