



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(1989)

111. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 28 stycznia 2011 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Transplantologia w Polsce – problemy i perspektywy rozwoju.
2. Aktualna sytuacja epidemiologiczna w kraju.

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 21)

(Posiedzeniu przewodniczy zastępca przewodniczącego Michał Okła)

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Posiedzenie komisji w dniu dzisiejszym będzie dwuczęściowe. Pierwsza część będzie poświęcona transplantologii w Polsce, jej problemom i perspektywom rozwoju. Zaś druga część będzie poświęcona tematowi „Stan realizacji i programy szczepień ochronnych. Informacja zespołu przy ministrze zdrowia”.

Bardzo serdecznie witam pana ministra Cezarego Rzemka.

Bardzo serdecznie witam: pana profesora Wojciecha Rowińskiego krajowego konsultanta do spraw transplantologii klinicznej; pana profesora Piotra Kalicińskiego przewodniczącego Krajowej Rady Transplantacyjnej. Witam serdecznie także pana doktora Piotra Burdę. Pani profesor Hryniewicz, krajowego konsultanta w dziedzinie toksykologii klinicznej jeszcze nie ma...

Witam bardzo serdecznie pana doktora Jacka Putza, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie zdrowia publicznego. Witam pozostałych przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, świata nauki, a także stowarzyszeń. Witam wszystkich zaproszonych gości.

O tym, jak ważne są problemy transplantologii i epidemiologii, niech świadczy fakt, że nasza senacka komisja rokrocznie poświęca im posiedzenie seminaryjne. Mianowicie zarówno problemy transplantologii, jak i epidemiologii rodzą wiele różnych, że tak powiem, kontrowersji. Jeśli chodzi o transplantologię, wiele zastrzeżeń prawnych budzi już samo pobieranie narządów. Również mieliśmy tutaj wiele niekorzystnych wypowiedzi ze strony nawet polityków, które spowodowały, że transplantologia prawie legła w gruzach. Na szczęście sytuacja zaczyna się normować, to zaczyna się odbudowywać. Myślę, że w tej chwili jest się czym pochwalić. Ta konferencja będzie służyła temu, żebyście państwo przekonali się, że transplantologia jest jedyną dziedziną nauki, której, póki co, nie zastąpimy innymi dziedzinami. Między innymi dlatego tak bardzo nam na niej zależy.

O poprowadzenie konferencji bardzo proszę jej współorganizatora, pana senatora Woźniaka.

Wystąpienia kolejnych prelegentów będą dwudziestominutowe. Bardzo prosimy o przestrzeganie czasu. Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję.

Bardzo proszę mówić siedząc. Sala jest tak skonstruowana, że mikrofony są przystosowane do mówienia na siedząco.

Bardzo proszę o zabranie pana profesora doktora habilitowanego nauk medycznych Piotra Kalicińskiego, przewodniczącego Krajowej Rady Transplantacyjnej.

Panie Profesorze, bardzo proszę.

**Przewodniczący Krajowej Rady Transplantacyjnej
Piotr Kaliciński:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Przede wszystkim bardzo dziękuję za zaproszenie nas tutaj, za zorganizowanie tej konferencji, tego seminarium, i za stałe wspieranie transplantologii. Jest to bardzo ważne z wielu względów, o których zresztą już pan przewodniczący wspominał.

Dostałem za zadanie przedstawienie aktualnego stanu polskiej transplantologii i chcę pokazać go w perspektywie kilku ostatnich lat, ponieważ ten właśnie okres ma bardzo istotne znaczenie. Oczywiście będą to tylko pewne wybrane aspekty, bo transplantologia jest zagadnieniem bardzo szerokim. Tak więc w dużym skrócie przedstawię pewien wybór spraw, które trwały, trwają i będą trwać, a są dla transplantologii ważne.

Na początek trochę statystyki. Te dane są dostępne na oficjalnych stronach internetowych, choćby na stronach Poltransplantu, a pokazują w liczbach to, co działo się w transplantologii w okresie ostatnich kilku lat. Jeśli chodzi o lata, to, powiedzmy, od początku roku 2000 notowaliśmy stały wzrost przeszczepień, o około 10% rocznie. W latach 2006–2007 rzeczywiście doszło do pewnej zapaści, jeśli chodzi o liczbę wykonywanych zabiegów. Wiązało się to oczywiście przede wszystkim z liczbą pozyskiwanych narządów, bo bez nich nie ma możliwości przeszczepień.

Jak widać, pomału, po dwóch latach niewielkiej poprawy, w roku 2010 nastąpił powrót do poziomu prawie najlepszego, czyli tego z lat przed kryzysem 2006–2007 r. Jeśli popatrzymy na odpowiadającą temu liczbę pozyskiwanych narządów od zmarłych dawców – bo są oni głównym źródłem przeszczepień w Polsce, o czym też jeszcze wspomnę – to oczywiście, w ramach programu transplantacji i na tle stanu transplantacji w Polsce, jest tutaj dzisiaj zdecydowana poprawa. Jeśli jednak porównamy dane dla Europy i dla Polski, tę liczbę dawców narządów w przeliczeniu na milion mieszkańców – jest to dość rozbudowana tabela – to ważne jest to, że nasze miejsce na tle Europy jest jeszcze ciągle bardzo, bardzo daleko. To pokazuje, jak wiele jeszcze ciągle przed nami, jak wiele potrzeba, żebyśmy mogli przesunąć się zdecydowanie bliżej wiodących krajów, jeśli chodzi o transplantologię. Myślę, że droga, jaką obraliśmy, będzie temu służyć.

Jeśli popatrzymy na przeszczepianie poszczególnych narządów w Polsce, to oczywiście najwięcej przeszczepiamy nerek. Tu bardzo wyraźnie widać ten okres, kiedy doszło do zmniejszenia liczby przeszczepień, a także bardzo wyraźnie widać, szczególnie w ostatnim roku, wzrost liczby transplantacji. Ten trend utrzymuje się od dwóch lat, czyli już trzeci rok z rzędu. Miejmy nadzieję, że tak będzie dalej.

Z kolei jeśli popatrzymy na dane dotyczące przeszczepiania wątroby – tutaj pozwoliłem sobie pokazać dwie linie, jedna oznacza przeszczepienia od zmarłych dawców, a druga od żywców dawców – to tutaj może nie było aż tak drastycznych zmian, wahań. Wiąże się to po prostu z wykorzystaniem każdego możliwego do przeszczepie-

nia narządu również w tym okresie, kiedy było mniej dawców. Sytuacja tutaj też w ostatnich latach się poprawia.

Jeden z głębszych spadków liczby przeszczepień dotyczył liczby przeszczepień serca w połowie ostatniej dekady. Widzimy, że w tej chwili również tutaj ta sytuacja się poprawia.

Bardzo ważny, choć może w porównaniu do innych programów obejmujący mniej zabiegów, program przeszczepiania płuc jest w tej chwili rozwijany przez jeden ośrodek. I też widać mały wzrost w tej dziedzinie.

Jeśli chodzi o przeszczepianie trzustki, to tutaj najmniej się zmieniło. Liczba przeszczepianych narządów utrzymuje się na tym samym poziomie od kilku lat. Poza jednym rokiem, w którym była zdecydowanie większa liczba przeszczepień, jest ona stała, na tym samym poziomie.

Jak wspominałem, podstawą przeszczepiania w Polsce jest oczywiście przeszczepianie narządów od zmarłych dawców. Jeśli popatrzymy na przeszczepianie nerek od dawców żywych – co w wielu krajach jest równie istotne, bo umożliwia niemalże drugie tyle przeszczepień, co pobieranie narządów od dawców zmarłych – to niestety nie mamy się czym pochwalić, jesteśmy tutaj bardzo daleko za krajami wiodącymi.

Warto wspomnieć, że to nie jest tak, że w tych krajach żywe dawstwo zastępuje przeszczepy od dawców zmarłych, bo na ogół tam, gdzie przeszczepia się dużo narządów od osób zmarłych, jak w Stanach Zjednoczonych czy w Niemczech, w dużym zakresie korzysta się również z organów dawców żywych. Jest tak dlatego, że nawet pomimo optymalnego wykorzystania narządów dawców zmarłych, liczba osób oczekujących na przeszczepienie rośnie szybciej niż liczba możliwych do dokonania przeszczepów, nawet przy optymalnym wykorzystaniu obu źródeł narządów. Tak naprawdę jest to gonienie potrzeb, które bardzo trudno będzie kiedykolwiek w pełni zaspokoić – chyba, że postęp w medycynie sprawi nam tutaj jakieś superniespodzianki.

Jeśli chodzi o więcej szczegółów w tej dziedzinie, to liczby bezwzględne jeszcze bardziej przemawiają do wyobraźni: to jest dwadzieścia, dwadzieścia kilka przeszczepień rocznie. Czyli tak naprawdę, jeśli chodzi o wszystkie przeszczepy, jest to margines. Poza tym duża część z nich jest wykonywana u dzieci, co powoduje, że z tego typu przeszczepień korzysta jeszcze mniejsza liczba dorosłych.

Przeszczepianie wątroby. Jeśli popatrzymy na Europę i dane europejskie, dane z Europejskiego Rejestru Transplantacji Wątroby od żywego dawcy, to widać, że kiedyś od żywego dawcy przeszczepiało się wątrobę głównie dzieciom, a dzisiaj jest praktycznie więcej przeszczepów u osób dorosłych. W Polsce te przeszczepy u dzieci wykonuje się głównie w ośrodku, w którym pracuję, a stanowią one nawet do 50% przeszczepień.

Jeśli popatrzymy na bezwzględne liczby dotyczące przeszczepów wątroby od żywych dawców, to nie jest tu już tak źle, jesteśmy tu naprawdę blisko czołówki, w przeliczeniu na milionów mieszkańców mamy tutaj całkiem niezłe osiągnięcia. Co jest limitem przeszczepień od żywych dawców? Uwarunkowania są na pewno dość znaczne, być może pan Rowiński powie w swoim wystąpieniu więcej na ten temat. Z pewnością konieczne są zdecydowane i skuteczne działania – nie tylko zdecydowane, ale i skuteczne – na rzecz zwiększenia liczby przeszczepień do żywych dawców. I jest to jednym z podstawowych celów, powiedziałbym, Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na następnych dziesięć lat.

Jeśli chodzi o przeszczepianie wątroby od żywego dawcy, to ta metoda bardzo dobrze funkcjonuje u dzieci. Przede wszystkim jest ona bezpieczna dla żywego dawcy, ponieważ pobiera się mały fragment wątroby. Jeśli chodzi o dorosłych, z pewnością nie będzie miała ona dominującej pozycji przede wszystkim dlatego, że im większy fragment wątroby trzeba pobrać, tym większe jest ryzyko dla żywego dawcy. Na świecie jest również opisywana śmiertelność wśród dawców właśnie w tej grupie, co powoduje, że na pewno tego typu program musi być rozwijany z dużą ostrożnością. Niemniej jednak takie przeszczepienia w warszawskiej klinice u pana profesora Krawczyka są, oczywiście z powodzeniem, wykonywane.

Znowu w bardzo dużym skrócie powiem o transplantacji szpiku, komórek krwiotwórczych. Pierwsza rzecz to pieniądze, one są tutaj bardzo istotne, mają bardzo duży wpływ na to, co dalej dzieje się w tej dziedzinie. Tak więc ważne są tu środki publiczne, jakie w ostatnich latach były przeznaczone na badanie dawców szpiku. Zdecydowanie widać, że w każdym roku jest niemal dwukrotny wzrost tych środków, co również przekłada się na wyniki. Chcę państwu pokazać, tak dla ilustracji, dane, bo akurat je mam. Mianowicie na przestrzeni sześciu miesięcy – to jest w tej dolnej tabeli, jedno dane są z marca, a drugie z września – jest pokazana różnica, a jest ona rzędu kilkunastu tysięcy niespokrewnionych dawców szpiku przebadanych w 2010 r., to są dane z polskich rejestrów. Tak więc to pokazuje, jak te nakłady przekładają się na zwiększenie puli potencjalnych dawców szpiku. To również ma konsekwencje w postaci najwyraźniej zwiększającej się liczby przeszczepień od dawców niespokrewnionych. Jednak tym, co jest niezwykle istotne, a co jest na kolejnym przezroczu, jest zwiększający się wśród dawców szpiku dla osób niespokrewnionych odsetek polskich dawców – on wzrósł do ponad 25% w 2010 r.. Jest to dość, powiedziałbym, unikalnym zjawiskiem w skali europejskiej czy światowej. To przekłada się również na bardzo duże oszczędności systemu, bo koszt pozyskania szpiku i komórek krwiotwórczych od polskiego dawcy i od dawcy gdzieś ze świata jest dramatycznie różny.

Oczywiście tym, co bardzo istotnie wpłynęło aktualny stan transplantologii w Polsce, jest cały szereg zmian organizacyjnych, jakie zostały dokonane właściwie w ciągu ostatnich sześciu lat. Zostały one zapoczątkowane nową ustawą transplantacyjną uchwaloną w 2005 r., a później znowelizowaną w 2009 r. To zapoczątkowało dość dużą ilość zmian organizacyjnych i systemowych, które były wprowadzane w kolejnych latach. Chcę pokazać tylko te najważniejsze, które są efektem działania wszystkich... Oczywiście przedstawiam tutaj działania środowiska lekarskiego, ministerstwa, różnego rodzaju innych instytucji, a także ustawodawcy, które w jakiś sposób przyczyniły się do tych zmian. Tym, co ma już wpływ na zwiększenie się liczby przeszczepień, a na pewno będzie miało jeszcze dużo większy w przyszłości, jest wprowadzenie do wszystkich szpitali w Polsce jak największej liczby tak zwanych koordynatorów transplantacyjnych. Mają oni za zadanie w „swoich” szpitalach identyfikować potencjalnych dawców narządów, edukować, a także organizować pobrania narządów. Zostali oni wprowadzeni już do około stu pięćdziesięciu szpitali w Polsce. To jest pewien proces, który będzie trwał do chwili, aż w każdym szpitalu, w którym w ogóle możliwe jest pobranie narządów, będzie koordynator, wspomagający system pozyskiwania narządów.

Znowu tak przeskakuję z zagadnienia na zagadnienie, ale chciałbym powiedzieć, że jednym z bardzo ważnych elementów, który realizowaliśmy w ostatnich la-

tach – nie mówię, że tego nie było, bo ideą transplantologii zawsze był równy dostęp do świadczeń; staramy się ten system jednak jeszcze bardziej usprawnić – jest rezygnacja z regionalnych list oczekujących na wszystkie narządy i ich centralizacja, w tym stworzenie systemu redystrybucji surowic wśród oczekujących na przeszczep nerki. Dziś mamy taką sytuację, że w każdej regionalnej pracowni typowania tkankowego jest pełna pula materiału biologicznego od wszystkich biorców zarejestrowanych w Polsce. Tak więc niezależnie od miejsca pobrania nerek, od miejsca typowania biorcy, w każdej pracowni dobór dokonywany jest spośród wszystkich osób oczekujących na przeszczepienie nerki w Polsce. Z pewnością sprzyja to jak najlepszemu doborowi i jak najrówniejszemu dostępowi biorców do tego ograniczonego dobra, jakim jest narząd, który może być przeszczepiony.

Kolejnym ważnym systemowym rozwiązaniem jest ujednoczenie dokumentacji i sposobu monitorowania, czyli polepszenie przejrzystości działalności transplantacyjnej, utworzenie – również w efekcie wejścia w życie ustawy transplantacyjnej – tak zwanych ustawowych rejestrów transplantacyjnych. One już funkcjonują, jak krajowa lista oczekujących na przeszczep nerki, rejestr przeszczepień serca; rozbudowany system, który również zawiera rejestr żywych dawców. Jednym z elementów, które wprowadzamy, jest monitorowanie stanu zdrowia żywych dawców przez wiele lat po pobraniu narządu. Chcemy, aby był to również element bezpieczeństwa dla dawców, dzięki temu będziemy też mieć własne obserwacje dotyczące tego, co dzieje się z żywymi dawcami.

Kolejny element jest bardzo ważny, podnoszony i przez Komisję Europejską, i WHO, i Radę Europy, czyli bezpieczeństwo biorców przeszczepów. Wiadomo, że istnieją różne zagrożenia dla biorców, na przykład przeniesienie z przeszczepianym narządem różnych chorób, nowotworu czy choroby zakaźnej. Nie zawsze można się przed tym zabezpieczyć, ale w systemie dystrybucji krwi, w bankach krwi, istnieje tak zwany system znakowania, a my również utworzyliśmy w Polsce system znakowania narządów pobieranych w celu przeszczepienia. Kod jest nadawany automatycznie w systemie rejestrów transplantacyjnych w trakcie koordynacji pobrania i przeszczepienia. Ten kod ma swoją unikalną strukturę, nie będę jej tutaj dokładnie omawiał, ważne jest to, że nie jest to tylko naklejka, bo ona jest tylko elementem pośrednim. Mianowicie dzięki temu kodowi, poprzez PESEL dawcy, jego nazwisko czy dane któregośkolwiek z biorców jego narządu, w razie jakiegokolwiek niepożądanego zdarzenia można natychmiast zidentyfikować wszystkich innych biorców narządów. Właściwie można to zrobić w systemie natychmiast, a potem poddać te osoby obserwacji, dodatkowej diagnostyce, wdrożyć wobec nich odpowiednie postępowanie.

Tak jak mówię, można bardzo wiele mówić na ten temat. Nie będę oczywiście mówił o narodowym programie i o problemach, które stoją przed nami, bo temu poświęcone są osobne wystąpienia.

Podsumowując, wydaje się, że transplantologia w Polsce pomалу wraca na drogę rozwoju, że po tym okresie wyhamowania zaczynamy się rozwijać. Jest to efekt olbrzymich działań całego środowiska profesjonalistów, zajmujących się transplantologią, władz ustawodawczych, państwowych, a także mediów, które podjęły z nami bardzo wiele różnych działań, mających na celu wprowadzenie jak najlepszych regulacji prawnych i organizacyjnych. Jest to również efekt finansowania, a także promocji idei humanitaryzmu, związanej nieodłącznie z transplantologią. Co nie znaczy, że nas ten

stan już cieszy, bowiem, tak jak pokazałem, mamy jeszcze bardzo, bardzo duży dystans do krajów najlepszych w tej dziedzinie.

I to, co jest bardzo ważne, a o czym może nie wspomniałem: mianowicie mniejsza liczba przeszczepień, gorsza ich dostępność dla naszych obywateli jest pewnym problemem, jednak wyniki, jakie uzyskujemy po przeszczepach, są absolutnie porównywalne z przeciętnymi wynikami europejskimi czy światowymi, a w wielu przypadkach są nawet lepsze. Tak więc pod tym względem na pewno nie mamy się czego wstydić.

Systemowe rozwiązania, które zaczęliśmy wprowadzać, a które nadal będą wprowadzane – mamy nadzieję, że również właśnie dzięki Narodowemu Programowi Rozwojowi Medycyny Transplantacyjnej – dają nadzieję na dalszą istotną poprawę, przede wszystkim na istotną poprawę losu chorych, oczekujących w następnych latach na przeszczep. Dziękuję bardzo.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję bardzo panu profesorowi Piotrowi Kalicińskiemu za wygłoszoną prezentację.

Proszę państwa, w stosunku do zapowiedzianego programu mamy pewne zmiany. Tej konferencji patronowała pani Grażyna Sztark wicemarszałek Senatu, ale wczoraj się rozchorowała. Prosiła, by przekazać serdeczne pozdrowienia wszystkim uczestniczącym w tym ważnym spotkaniu.

Proszę państwa, ta prezentacja pokazała, że bez wątpienia mamy się czym pochwalić, że mamy osiągnięcia, ale też to, że do liderów transplantologii w Europie jest nam jeszcze daleko. Jednak ta próba refleksji – a to też jest celem konferencji – pokazała, że to załamanie, ten kryzys z lat 2008–2009 mamy już za sobą. I to wydaje się pozytywne. Nastąpiło bowiem przełamanie bardzo negatywnego trendu, który groził katastrofą w transplantologii.

Proszę państwa, w kolejnym wystąpieniu pan minister Cezary Rzemek przedstawi Narodowy Program Transplantacji.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Rzemek:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, historia została wspomniana już tutaj przez pana doktora, ale proszę też zwrócić uwagę na dane, które były pokazywane, czyli liczbę dawców żywych – w tej chwili jest ona w porównaniu do skali europejskiej nieznaczną. Po ostatnich danych, chociażby po porównaniu roku 2010 do roku 2009, widzimy, że nastąpił znaczny przyrost wszystkich przeszczepów – to jest, o ile dobrze pamiętam 5,2%. We wcześniejszych latach było to 3,7% i 4%, czyli ten przyrost następuje, chociażby dzięki temu, o czym mówił tutaj pan doktor.

Szanowni Państwo, tak jak już było wspomniane, była nowelizacja ustawy w 2009 r., a zmiany następują od roku 2005. W zakresie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej – pod taką nazwą powstał 12 października 2010 r. wieloletni program, ustanowiony przez Radę Mi-

nistrów. Program ten stanowi dużą szansę na znaczne przyspieszenie rozwoju polskiej transplantologii w ciągu najbliższych lat. Obecnie Polska zajmuje, tak jak było już pokazane, według danych z roku 2007, dwudzieste miejsce na dwadzieścia pięć krajów Unii Europejskiej, a więc jedno z ostatnich. To są dane w przeliczeniu na jeden milion mieszkańców. Realizacja ustanowionego programu stworzy szansę na istotną poprawę tej niekorzystnej sytuacji i przyczyni się do zmniejszenia dystansu istniejącego między średnim poziomem zdrowia ludności w Polsce i ludności państw członkowskich Unii Europejskiej.

Z tego punktu widzenia program będzie stanowił istotne wsparcie w realizacji jednego z największych zadań państwa w sferze publicznej, jakim jest zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej obywatelom, w tym przypadku w zakresie medycyny transplantacyjnej. Zakładamy, że realizacja programu poprzez kompleksowe działania, uwzględniające postęp wiedzy medycznej, zwiększy dostępność opieki zdrowotnej dla obywateli poprzez: zwiększenie dostępności do leczenia przeszczepianiem narządów od dawców żywych i zmarłych; zwiększenie liczby potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku; wdrażanie nowych rodzajów przeszczepienia narządów, komórek i tkanek oraz rozwój programów przeszczepienia w grupach biorców o podwyższonym ryzyku odrzucenia przeszczepu. Zaś poprawa infrastruktury i unowocześnienie szpitali przeszczepiających narządy, komórki i tkanki oraz banków tkanek i komórek przyczyni się do podniesienia jakości wykonywanych procedur. Co więcej, rozwój i doskonalenie systemów monitorowania nadzoru i kontroli jakości w transplantologii umożliwią poprawę wyników przeszczepiania.

Podczas wcześniejszej prezentacji wspomniano też o nakładach, jakie de facto poniesiono na badania. Program, o którym przed chwilą wspomniałem, Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej, zakłada, że w kolejnych latach corocznie będzie przeznaczane 45 milionów zł na realizację tego programu. W konsekwencji, przez te wszystkie dziesięć lat, jakie program obejmuje, daje to 450 milionów zł nakładów. Wydatki te będą dokonywane i zabezpieczone w części 46 „Zdrowie”, nad którą z ramienia Ministerstwa Zdrowia mam przyjemność prowadzić nadzór.

Program wieloletni na lata 2011–2020, czyli na kolejnych dziesięć lat, będzie realizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Program z roku 2010 zakłada wzrost liczby dawców niespokrewnionych szpiku o co najmniej 300% do zakończenia całego programu, czyli do roku 2020, a jeśli chodzi o liczbę przeszczepień narządów od zmarłych, to o co najmniej 100% do zakończenia programu, czyli do roku 2020. Zakłada też w okresie realizacji programu zwiększenie liczby przeszczepień nerki od żywego dawcy o co najmniej 500%, w stosunku do liczby przeszczepów z roku 2009.

Na budowę systemu organizacyjnego koordynatorów pobierania i przeszczepienia komórek, tkanek, narządów we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej, spełniających warunki do pobierania narządów, w roku 2010 – jak państwo na pewno słyszeli – będzie kwota 1 miliona 300 tysięcy zł. Przeznaczona została ona na wynagrodzenia, na współpracę, na rozwinięcie podpisywania umów z koordynatorami, którzy będą namawiali rodziny. Mam nadzieję, że później omówimy także zadania, jakie stoją przed tymi osobami, a są to zadania trudne, rozmowy z rodzinami. I na to wszystko, na szkolenia tych osób po to, aby to mogły czynić odpowiednio, są przewidziane środki. Również z tych pieniędzy zostanie dodatkowo sfinansowana poprawa infrastruktury, o czym już mówiłem, i nastąpi też unowocześnienie zakładów opieki zdrowotnej. Aby

przystąpić do programu, ośrodki będą musiały spełnić odpowiednie kryteria, jeśli to zrobią, przeznaczymy część pieniędzy na poprawę ich infrastruktury.

Dodatkowo w ramach programu będziemy poszukiwali nowych rodzajów przeszczepień narządów, komórek i tkanek, i będziemy wdrażali je; planujemy także rozwój programów przeszczepiania w grupach biorców o podwyższonym ryzyku. Program zakłada również rozwój i doskonalenie systemu monitorowania, nadzoru i kontroli jakości w transplantologii w celu uzyskania poprawy wyników przeszczepień. Odbywać się to będzie szczególnie przez kontynuację rozwoju rejestrów transplantacyjnych, o których na początku, przy okazji odniesienia się do ustawy z 2005 r., była już mowa. Program zakłada też ocenę epidemiologiczną rzeczywistych potrzeb w zakresie szczepienia poszczególnych narządów i komórek krwiotwórczych oraz przeprowadzanie analizy ekonomicznej dotyczącej kosztów przeszczepiania narządów i komórek krwiotwórczych w porównaniu z kosztami leczenia konwencjonalnego, z uwzględnieniem wyników leczenia i oceny skutków. Przewidujemy też realizację programu o charakterze bieżącym, czyli finansowanie wspomnianych już działań koordynatorów pobierania, a także rozwój Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej.

Jeżeli mogę, wspomnę jeszcze tylko o tym – tak na koniec, ponieważ historia już została opowiedziana, a o przyszłości opowie jeszcze pan profesor – że w zakresie zadań inwestycyjnych, co do których była duża ilość zapytań, te prace będą de facto polegały na przystosowaniu projektów już rozpoczętych inwestycji w ośrodkach transplantacyjnych oraz w bankach tkanek i komórek. To nie będzie więc tylko zakup sprzętu, bo będą też finansowane prace remontowo-budowlane, a więc nastąpi podniesienie standardów, w jakich te świadczenia będą wykonywane. Oczywiście będą to też inwestycje w wysoko specjalistyczny sprzęt dla ośrodków transplantacyjnych. Do konkursu będą mogły przystąpić podmioty, które spełnią określone kryteria, w szczególności te dotyczące wyboru realizatora i koordynatora. To mogą być i zakłady publiczne, i niepubliczne, i jednostki badawczo-rozwojowe, i akademie, i jednostki podległe ministrowi zdrowia, a także inne podmioty realizujące zadania w ochronie zdrowia.

Realizatorzy zadań programu finansowanych z budżetu będą, jak powiedziałem, wyłaniani w drodze konkursu. Jest tu dzisiaj z nami pani dyrektor Anna Kamińska, która odpowie na ewentualne pytania. Co do konkursów, to chcielibyśmy, żeby ich zasady były jak najbardziej jednolite, jasne, czytelne i dostępne dla wszystkich. Chodzi o to, aby każdy podmiot chcący przystąpić do programu, a także każdy, który w tej chwili współpracuje chociażby z Poltransplantem, wiedział, jakie jasne kryteria trzeba spełnić, aby mieć możliwość pozyskania tych dodatkowych środków. Naszym zdaniem, będą one musiały spełnić minimalne warunki, na dzień dzisiejszy wcale niewygórowane, ponieważ wiemy, jak jest w opiece ochrony zdrowia z pozyskiwaniem pieniędzy.

Tak więc dziękuję bardzo. Przedstawiłem to bardzo krótko, ale już wcześniej powiedział o tym pan doktor, a pan profesor w swojej prezentacji omówi tę dziedzinę szczegółowo.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję, panu ministrowi.

Myślę, że jest niezwykle ważne, aby ta tak istotna dziedzina medycyny miała zagwarantowane stabilne warunki rozwoju i takie właśnie warunki zapewnia jej Narodowy Program Transplantologii.

Dziękuję, Panie Ministrze.

Bardzo proszę teraz o wystąpienie profesora doktora habilitowanego nauk medycznych, pana Wojciecha Rowińskiego, krajowego konsultanta do spraw transplantologii klinicznej.

Panie Profesorze, kluczowe problemy transplantologii.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Transplantologii Klinicznej Wojciech Rowiński:

Panie Ministrze! Panie Senatorze! Panie Przewodniczący i Szanowni Państwo!

Bardzo trudno jest mówić po tych dwóch wystąpieniach, bo właściwie już wszystko zostało powiedziane. Powiem tylko, że jestem tutaj przez przypadek, i to nie jest żart. Trzy rzeczywiste przypadki zdecydowały o tym: poszedłem na medycynę; miałem szansę być w Bostonie, w szpitalu, w którym po raz pierwszy przeszczepiono udanie nerkę – zrobił to profesora Murraya; i przez przypadek dostałem oddział w Szpitalu Dzieciątka Jezus, a stało się tak, ponieważ nikt z dorosłych docentów chirurgii profesora Jana Nielubowicza nie chciał pójść do tej rudery. I dzięki temu powstała klinika, którą prowadziłem przez dwadzieścia sześć lat, a do której musiałem dobudować budynek. Proszę... pokazuję to, bo pan minister się odwrócił. W tej klinice, poza chirurgią tak zwaną normalną, jeśli coś takiego istnieje, i chirurgią bariatryczną, również przeszczepiano narządy. Mają to państwo podane.

Nie byłoby teraz tego seminarium i nie byłoby przeszczepiania bez kilku wybitnych osób. Przepraszam, że to pokazuję, bo miałem mówić o przyszłości, ale przecież zawsze są jakieś korzenie. To moi dwaj mentorzy: profesor Orłowski, intelektualna lokomotywa rozwoju programu przeszczepiania narządów w Polsce, i pan z łyżką, czyli mój nauczyciel profesor Jan Nielubowicz, który w styczniu – dwa dni temu minęło od tej chwili czterdzieści pięć lat – wykonał pierwsze udane przeszczepienie nerki pobranej od osoby zmarłej. Operowana pacjentka była rzeczywistą bohaterką tego dnia, ponieważ nikt jej nie mógł obiecać przed operacją, że będzie żyła.

Chciałbym zwrócić państwa uwagę na chyba najwybitniejszego polskiego kardiochirurga i nauczyciela profesora Działkowiaka, który wraz z profesorem Janem Mollem dwa lata po Barnardzie przeszczepił serce. Operacja odbyła się w Łodzi, chory żył, przeżył operację, jednak zmarł w szóstej czy w siódmej godzinie po operacji z powodu oporu płucnego, nadciśnienia płucnego. I to, że zmarł, spowodowało, że w Łodzi przez piętnaście lat nie było w ogóle programu przeszczepiania, bo wszyscy etycy, filozofowie i koledzy lekarze mieli profesorowi Mollowi za złe to, co zrobił. Oczywiście nie można też nie docenić ogromnego impulsu, jakim była udana operacja przeszczepienia nerki przez Zbyszka Religę w Zabrze.

O przepisach prawnych była już mowa. Ja tylko chcę powiedzieć, że to wszystko, co działo się do 1996 r., było właściwie nielegalną metodą leczenia, a w odniesieniu do przeszczepiania nerek od osób żywych podlegało któremuś z artykułów kodeksu karnego, według którego było to celowe uszkodzenie ciała osoby zdrowej. Chcę tylko powiedzieć, że zarejestrowany sprzeciw – tak krytykowany przez kościół i znaczną część społeczeństwa – idiotycznie nazwany zgodą domniemaną, jest najlepszym rozwiązaniem pozwalającym na zwiększenie liczby przeszczepianych narządów. I nawet w krajach, które są bastionem karty dawcy i oświadczenia woli, Ameryce i Wielkiej

Brytanii, zaczęły się publiczne dyskusje na temat możliwości wprowadzenia tego systemu, jeśli społeczeństwo go zaakceptuje.

Proszę państwa, jakie są problemy? Pierwszym z nich jest akceptacja społeczna. Społeczeństwo to jesteśmy my wszyscy: pan senator, pan minister, politycy w Sejmie, księża – i hierarchowie, i księża na dole – lekarze, a także ludzie, którzy są potencjalnymi biorcami i dawcami, czyli niezwiązani z medycyną. I jeżeli nie zrozumiemy potrzeby akceptacji środowiskowej, w środowisku szpitalnym, to nigdy nie zlikwidujemy niedoboru narządów w stosunku do potrzeb, bo ten niedobór jest zjawiskiem ogólnoswiatowym.

Ta sprawa została zrozumiana, co znalazło swoje odzwierciedlenie w nakładach finansowych i we wprowadzeniu narodowego programu – co jest ogromnym sukcesem pani minister Kopacz i efektem wieloletnich starań środowiska. To ogromna determinacja i walka pani minister Kopacz, a także życzliwość pana premiera i ministra Rostowskiego, spowodowały, że rząd przyjął tę uchwałę. Jest to dziedzina medycyny, która łączy śmierć i życie, jest to dziedzina medycyny, której paradoksem jest to, że wszyscy, gdyby tego potrzebowali, chcieliby mieć przeszczepiony narząd.

Znam jedną osobę, która by tego nie chciała, jest nią profesor Wolniewicz, emerytowany filozof Uniwersytetu Warszawskiego, który twierdzi, że jest to nowoczesna forma ludożerstwa. Na oddanie własnego narządu zgadza się oczywiście troszkę mniej osób, a przecież ryzyko, że ktoś obecny na tej sali umrze, jest znacznie mniejsze, niż to, że ktoś będzie potrzebował narządu. Zresztą profesor Wolniewicz przed dwoma laty, podczas debaty telewizyjnej w telewizji „Trwam”, przedstawiał swoje argumenty, a ja swoje. I wtedy spytałem go o to, czy w sytuacji, gdyby umierał, chciałby mieć przeszczepiony narząd, przeszczepioną nerkę. Powiedział: nigdy. I wtedy postąpiłem nie fair i spytałem go o to, jak by postąpił, gdyby to jego córka potrzebowała przeszczepu nerki. Chwilę milczał, po czym powiedział: zgodziłbym się. I to jest największy paradoks, którego połowa lekarzy nie jest w stanie zrozumieć, jeśli głośno się o nim mówi. Tutaj jest potrzebny żywy narząd, pochodzący albo od dawcy żywego, albo od osoby zmarłej. Nie będę wchodził w szczegóły, powiem tylko tyle, że jest to związane z czułymi w odbiorze społecznym aspektami medycyny transplantacyjnej jak odpowiedź na pytanie, kiedy umiera człowiek. Nie będę o tym mówił o tym ze strony medycznej, każdy ma na ten temat swoje spojrzenie. Powiem tylko, że rozpoznanie zgonu musi być dokonane w oparciu na pewnej koncepcji zgonu, na jasnych kryteriach. I tylko kryteria neurologiczne i kryteria ustania przepływu krwi w układzie naczyniowym są jasne.

Drugą sprawą jest to – nie ma z nami dzisiaj pana profesora Hołówki – dlaczego się martwię, mianowicie jest tu kwestia tego, czyja zgoda jest potrzebna do pobrania narządu. Jestem głęboko przekonany, że należałoby zrobić wszystko, aby przekonać całe społeczeństwo, że każdy ma prawo zarejestrować swój sprzeciw, a następnie w ogóle nie rozmawiać z rodziną. Wtedy moglibyśmy pobierać organy od tych wszystkich, którzy nie zarejestrowali sprzeciwu.

W tej chwili w codziennej praktyce wygląda to tak, że rozmawiamy z rodziną, tutaj odmowy są rzędu 12–15%, to zależy od ośrodka i od umiejętności rozmowy. Jednak jest tutaj pytanie o wartość autonomii, która jest najważniejszą wartością w życiu człowieka. Co w sytuacji, kiedy noszę przy sobie oświadczenie woli, a kiedy umrę, moja żona powie, że się nie zgadza? My w takich sytuacjach ustępujemy.

I teraz dość przekornie powiem, że jeżeli tak ma być, to argument, że to autonomia człowieka zmarłego nie pozwala nam pobrać narządów od niego, bo może on by tego nie chciał, jest nietrafiony. On jest nietrafiony, bowiem zabraniamy sprzedaży nerki człowiekowi, który chce to zrobić na podstawie swojej autonomicznej decyzji. Oczywiście ja jestem przeciwnikiem handlu, bo nie można być jego zwolennikiem, chodzi mi tylko o to, że trzeba mieć jednakową filozofię na całą tę sprawę.

Oczywiście, zasady alokacji są bardzo ważne. Dwa dni temu w telewizji wystąpiła siostra zakonna i powiedziała: jakie miałam szczęście, bo tylko dwa tygodnie czekałam na przeszczepienie nerki. I już usłyszałam komentarze: oczywiście, siostra zakonna, to dostała szybko. Ludzie nie wiedzą, że są specjalne algorytmy, wspomniał o nich profesor Kaliciński, które nie pozwalają na tego typu manipulacje. Wreszcie jest też obawa przed handlem narządami, która jest podsycana przez prasę; to jest to, co było pokazywane i co stało się w roku 2007. Ta sytuacja była spowodowana nie tylko medialno-politycznymi wydarzeniami, ale również idiotycznymi artykułami w prasie. Dziennikarze wymyślili, że lekarze celowo zabijają chorych po to, żeby sprzedawać narządy.

Przeprowadziłem wtedy z Demoskopem typowe badanie – jedno z kilku, bo robiłem już takie trzy – co do poglądu społeczeństwa na temat tego, co widać w tych artykułach. Proszę państwa, 80% uważało, że transplantacja jest to jedyna skuteczna metoda leczenia ludzi czekających na przeszczep serca i wątroby. Proszę łaskawie zobaczyć, że negatywny stosunek do przeszczepiania, pomimo kampanii prasowej, miało zaledwie 24%. Tak więc społeczeństwo było i jest nadal pozytywnie do tego nastawione. Jednak odpowiedź na inne pytanie mnie załamała. Mianowicie zdaniem respondentów te wydarzenia podważyły zaufanie do lekarzy – tak powiedziało 30% – i pogłębiły istniejący już brak zaufania. W 2007 r. 60% społeczeństwa nie miała zaufania do lekarzy. Uważam, że jest to największa szkoda, jaka została wtedy uczyniona.

Proszę łaskawie zauważyć, że ludzie oczywiście wiązali spadek liczby przeszczepień z tym, co się stało – tak odpowiedziało 70% – a jednak, mimo tego wszystkiego, zgodziliby się, aby po ich zgonie wykorzystano ich własne narządy do przeszczepu. Taka była wirtualna odpowiedź. Oczywiście, jak i w przypadku przedwyborczych sondaży, nie zawsze w pełni odpowiada to prawdzie, ale wszystkie sondaże wskazują na wirtualne przyzwolenie na przeszczepianie. Zadaliśmy też dość specyficzne pytanie, niejako podsuwając odpowiedź: czy rodzina by protestowała, gdyby wiedziała, że zmarły za życia nie wyraził sprzeciwu? I 71% akceptuje tego typu podejście do sprawy, czyli zarejestrowany sprzeciw.

Wreszcie, proszę państwa – to pokazuje, że prasa może bardzo dużo – 40% pytanych uważało, że jest prawdopodobne, że lekarze celowo usypiali pacjentów, aby sprzedawać narządy. Wreszcie nie ufają nam, bo 32%... 24,8% nie wierzy, że są medyczne kryteria wyboru biorcy. To są te przykre punkty, które chciałem pokazać. To jest też to, co pokazywał profesor Kaliciński.

To nie jest Unia, to jest duża Europa. Pod względem pobrania narządów od dawców zmarłych – to są dane europejskie za rok 2009 – byliśmy na szóstym miejscu. Jeśli chodzi o przeszczepienia nerek, byliśmy na czwartym miejscu od końca. W tej chwili to się poprawiło, bo najpierw było jedenaście, potem dwadzieścia dwa na milion, a teraz jest około dwudziestu pięciu przeszczepień na milion mieszkańców. Jednak nie jesteśmy wyżej niż tu... Przeszczepienia nerek nie są bowiem tylko od zmarłych dawców, ale również od dawców żywych, a ten program u nas w ogóle nie istnieje.

Lista światowa biorców jest przeogromna, w tej chwili osób czekających na przeszczep jest ponad dwieście tysięcy; oczywiście, tylko w świecie bogatych. I te nożyce rozwierające się – tutaj są zaznaczone poszczególne lata – nie mają żadnego znaczenia, bo to zawsze wygląda tak samo. Nawet przeszczepianie od żywych – bo nerki są i od żywych, i od zmarłych – nie jest w stanie tego zmniejszyć. Tu jest taki rysunek, który pokazuje, że do miasteczka, które się nazywa Wawel, w którym mieszkają ludzie z przeszczepionym narządem, prowadzi wąska furtka, przez którą może wejść osiemdziesiąt tysięcy osób rocznie, a na świecie czeka na to ponad dwieście tysięcy. I nawet święty Piotr, jeśli ktoś chce dostać się do nieba, każe mu czekać, mówi: musisz poczekać trochę w czyścisku.

Jeśli chodzi o nasze starania o rozwój – nasze, czyli całego środowiska – to po 2007 r. trafiliśmy do Konferencji Episkopatu Polski, która wydała wszystko wyjaśniający piękny list pasterski. Jednak tak naprawdę niewiele to spowodowało, zresztą tak jak i wystąpienia papieża, bo Kościół to jest ksiądz wikary albo ksiądz proboszcz, jego wierni i kapelan szpitalny, który jest najbliższej osoby zmarłej.

Wystąpiliśmy do pana marszałka Komorowskiego, obecnego prezydenta, i Sejm przez aklamację w 2008 r. wydał piękną uchwałę w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia. Oczywiście nikt tego nie zauważył, bo akurat w tym dniu były w Sejmie przepychanki i walki polityczne. Proszę łaskawie zwrócić uwagę na to, że ten apel jest nie tylko do społeczeństwa, ale i do władz rządowych i samorządowych, do władz wszystkich szczebli. Oczywiście żaden z marszałków i wojewodów o tym nie wiedział.

Wspólnie z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym – pan doktor Czerwiński, który tu siedzi, dyktuje temu – otworzyliśmy studium koordynatorów transplantacyjnych. W tej chwili zostało już tam wykształconych dwieście sześćdziesiąt osób.

Mają tu państwo pokazane, jak wyglądało to w 2009 r., jaki jest rozrzut w zależności od województwa. To pokazuje – już tak powiem na koniec – jak można temu zaradzić. Małopolska i Podkarpacie, województwo zachodniopomorskie i Wielkopolska... można by narysować granice Wisły. Proszę państwa, jeszcze raz pokazuję, jak wyglądało to w roku 2009 w Polsce: jedenaście na milion mieszkańców, ale 34,7 w zachodniopomorskim, które jest, że tak powiem, lwem naszego kraju, tam jest wspinała organizacja i świetna akceptacja.

Pod patronatem pani minister powstał program rozwoju „Partnerstwo dla transplantacji”, który od początku ma dwa cele. Zasadniczym celem jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli, co oznacza, że na poziomie województwa czy regionu współpracują wszyscy partnerzy. To słowo pojawiło się o po wizycie u pana wojewody małopolskiego, wtedy wojewodą był obecny pan minister Miller, który powiedział: tak mnie pan zawstydził, że musimy coś zrobić razem. I tak powstało słowo „partnerstwo”.

Odbyło się już dwanaście spotkań w dwunastu województwach, a obecnie w każdym z nich jest ten program realizowany. Według tego programu swoje określone zadanie ma przedstawiciel marszałka lub marszałek, wojewoda, konsultanci, prezydent miasta, organy założycielskie poszczególnych szpitali, czyli konwent powiatu, starostowie. Również mają swoje zadania dyrektorzy największych szpitali, okręgowa izba lekarska i wojewódzki oddział NFZ. I to wszystko jest prowadzone przez Poltransplant i Polską Unię Medycyny Transplantacyjnej. To jest niezmiernie ważne.

Proboszczowie i kapelani. Byłem ostatnio na spotkaniu w Rzeszowie z kapelanami i z alumnami seminarium. Niedawno odbyło się też spotkanie u kardynała Nycza i biskupa Hosera z kapelanami szpitalnymi. Jest to też idea tego programu, bo szpital jest

miejszem, w którym świetnie się leczy ludzi, ale w którym ludzie również umierają. Są trzy oddziały – nie tylko ten, na którym umierają ludzie, część chorych na neurologii umiera, nie mogąc być leczona respiratorem, bo pękają im tętniaki – które konsultanci, monitorowani przez wojewodę, bo są ramieniem wojewody, mają co miesiąc sprawdzać. Koordynatorzy szpitalni mają, współpracując z tymi oddziałami, doprowadzić do tego, żeby doszło do pobrania narządu. Koordynatorzy mają być kontrolowani przez dyrektora szpitala. Są jednak dyrektorzy, którzy mówią: mam kiepski kontrakt, strajki, nie będę się tym zajmował, dlatego oni mają być motywowani przez organ założycielski. Na początku lutego z doktorem Czerwińskim jedziemy do Tarnobrzega. Dyrektor tamtejszego szpitala sam do nas zadzwonił i powiedział, że chciałby zacząć ten program. No i właśnie o tym będzie rozmowa. Ten list został już podpisany w dwunastu województwach.

Oczywiście chodzi nam też o rozwijanie przeszczepiania od żywych dawców. Tutaj są dane z roku 2009... to jest Polska. W zeszłym roku było pięćdziesiąt przeszczepów nerek od dawców żywych, co rzeczywiście stanowi 5,1% czy 5,2% wszystkich przeszczepień. W Norwegii, która jest krajem niezmiernie aktywnym pod tym względem, 42% wszystkich przeszczepień nerek stanowią przeszczepy od dawców rodzinnych, z czego 22% to przeszczepienia wyprzedzające.

Czyli, Panie Ministrze, nie wydajemy na dializę ani grosza, jest to metoda dwuipółkrotnie tańsza, bowiem ci chorzy otrzymują przeszczepiony organ w ogóle przed wejściem w okres konieczności dializowania.

Tak to wyglądało w zeszłym roku, obecnie uległo już pewnej poprawie, nawet w tych dwóch województwach. Nasze Mazowsze jest jednak pod tym względem ciągle bardzo kiepskie, czym bardzo przejął się wojewoda mazowiecki. Na terenie województwa mazowieckiego zadania koordynuje pan profesor Nyckowski.

Hasło, które państwo tu widzicie, jest ważne, bo żaden kraj na świecie nie jest w stanie nic zrobić bez daru społeczeństwa. I tak naprawdę ci, którzy mówią, że jest to droga metoda leczenia, powinni pamiętać o tym, że społeczeństwo ma własny wkład w system ochrony zdrowia, bo każdy może ofiarować swój narząd. A to jest program, o którym była mowa... może trochę to opuszczę.

I dwa słowa o przyszłości. Proszę państwa, technologia się rozwija, robot Da Vinci pracuje już w Polsce, profesor Witkiewicz we Wrocławiu zrobił już przy jego pomocy pierwszych piętnaście operacji. Wczoraj dzwonił i zaproponował, że chciałby tą metodą, na odległość, pobrać nerkę od żywego dawcy. Powiedziałem, że może jeszcze chwilę poczekać. Oczywiście, jest to jego decyzja.

Willem Kolff, który stworzył pralkę do oczyszczania krwi, czyli sztuczną nerkę typu zwojowego, zmarł w zeszłym roku, w marcu 2009 r. Obecnie jest już produkowana, ona przechodzi próby, mała nerka podłączona do otrzewnej. Pacjent sobie chodzi, co chwilę w jakimś kranie wymienia płyn, bierze zapas. O, a to jest przenośne sztuczne serce, dzięki któremu można wyjść do domu i trzy tygodnie czekać na przeszczepienie serca od osoby zmarłej.

A to jest zagadka. Ten przyrząd już wszedł do użytku, proszę państwa. To jest małe wiertło niklowe, które wykorzystuje pole magnetyczne i porusza się w świetle naczyń, oczyszczając je i udrażniając. W Szwajcarii rozpoczęto już tego typu próby.

A biologia? Jest wspaniała książka Huxleya, wydana w 1932 r., „Nowy wspaniały świat”, w której przewidywał, że będzie klonowanie. Już wówczas proponował stworzenie z jednego jajeczka dziewięćdziesięciu sześciu robotoludzi, którzy będą tak

zaprogramowani, że będą spełniali życzenia swojego twórcy. Mam nadzieję, że do tego nie dojdzie, ale że dojdzie do tego, że medycyna regeneracyjna będzie codziennością dla tych, którzy w tej chwili kończą studia, a nawet dla tych troszkę starszych. To będzie polegało na rekonstrukcji zniszczonych tkanek albo własnymi komórkami, w cudzysłowie, zmienianymi poza ustrojem, albo za pomocą komórek przeszczepionych.

Tym wszystkim, którzy uważają, że używanie komórek macierzystych, ale ja nie mówię o tym, jest nieetyczne – umysł ludzki jest wielki i za chwilę się okaże, jest to bardzo możliwe, że nie trzeba będzie używać płodu, żeby mieć komórki macierzyste – chcę przypomnieć osobę księdza Dzierżonia. On został wyklęty przez Kościół za podważenie dogmatu o nieomyślności papieża i za stwierdzenie dzieworódtwa u pszczoł, on był najwybitniejszym pszczelarzem. Po stu latach Kościół przywrócił go na swoje łono, no, ale on już nie żył.

Proszę państwa, Albert Einstein napisał takie piękne zdanie, które gdzieś znalazłem: że wyobraźnia razem z wiedzą jest potrzebna do stworzenia czegoś w przyszłości. To wymaga tego, co jest przekazem napisu na domu Długosza w Krakowie. Mój szef Nielubowicz dostał zdjęcie tego napisu od jednego z biskupów krakowskich, a ja zrobiłem potem tę tablicę w klinice, którą prowadziłem. Doktor Szajewski jako jedyny w tej sali wspaniale zna łacinę, więc skoryguje mnie, jeśli to źle powiem. Wspomniany napis mówi: „Nic doskonalszego w człowieku ponad jego umysł”. Dziękuję bardzo.

Senator Henryk Woźniak:

Bardzo dziękuję panu profesorowi Rowińskiemu za to wystąpienie, w którym pokazał i osiągnięcia polskiej transplantologii, i pierwociny tej dziedziny wiedzy medycznej. Zwrócił on też uwagę na wiele niezwykle ważnych aspektów dla rozwoju transplantologii, między innymi na klimat społecznego zaufania.

Rzeczywiście wyniki badania demoskopijnego mogą szokować, bo ponad 30%, bez mała 40% ludzi nie ufają w medyczne przesłanki decyzji podejmowanych przez doktorów. To świadczy o tym, że jednak ta czarna propaganda wywołała bardzo niekorzystne zjawisko w świadomości społecznej. Bez wątpienia jest to dla nas wyzwanie.

Dziękuję panu profesorowi za ciepłe słowa pod adresem pani minister Ewy Kopacz i rządu premiera Donalda Tuska. Nam, politykom, nieczęsto przychodzi słuchać takich dobrych słów.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Transplantologii Klinicznej Wojciech Rowiński:

Nie powiedziałem tego dlatego, że pani minister Kopacz jest z partii... Po prostu jest to pierwszy minister zdrowia, a znałem wielu, który...

(Senator Henryk Woźniak: Nie trzeba się tłumaczyć, Panie Profesorze.)

(Wesołość na sali)

...doprowadzić do tego finału, za co publicznie podziękowałem na konferencji.

Senator Henryk Woźniak:

Raz jeszcze dziękuję.

Pan profesor zwrócił uwagę na aspekt etyczny, stąd myślę, że w ramach tego punktu porządku moglibyśmy podyskutować również i o nim.

Chciałbym tutaj przytoczyć słowa osoby, która dla nas, Polaków, jest wielkim autorytetem. Pan profesor wspomniał o ewolucji stanowiska Kościoła, a ono ewoluje właśnie pod wpływem słów takich jak te: „Każdy przeszczep narządu ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej, decyzji, aby bezinteresownie ofiarować część własnego ciała z myślą o zdrowiu i dobru innego człowieka. Na tym polega właśnie szlachetność tego czynu, który jest autentycznym aktem miłości.” To są słowa Jana Pawła II.

Zapraszam wszystkich państwa do dyskusji.

Myślę, że w ramach tego partnerstwa, które zarysował także pan profesor, niezwykle ważną jest rola organizacji społecznych, promujących ideę transplantologii. One robią bardzo wiele, ale czy otrzymują oczekiwane wsparcie? Jest to pytanie, które, myślę, także powinno tutaj paść.

Dziękuję i zapraszam do dyskusji.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo proszę, może są pytania. Pan minister przedstawił nam Narodowy Program Transplantologii, w ramach którego, jak państwo widzicie, można korzystać z wielu dobrodziejstw, a może państwa będzie interesowało też to, kto może korzystać z tych środków i na jakich zasadach, czyli jak te przetargi będą się odbywać.

Mam jedno krótkie pytanie do pana ministra: jakie są szanse na to, aby nowo powstające środki transplantologiczne weszły do Narodowego Programu Transplantologii? Pytam o to, bo z tego, co pan minister mówił, wynika, że będą to raczej ośrodki, które już istnieją, a które tylko będą musiały spełnić minimalne kryteria.

Bardzo dziękuję za to, że patronat nad tym objęło akurat Ministerstwo Zdrowia i że są to procedury finansowane przez Ministerstwo Zdrowia, bo, jak widzimy, przy kontraktowaniu innych świadczeń Narodowy Fundusz Zdrowia coraz to wymyśla inne bariery. Tak więc myślę, że w tym układzie, gdyby zastosować te wszystkie procedury, zostałyby dwa ośrodki transplantologiczne w Polsce. Tak więc bardzo za to dziękuję, jest to bardzo dobry pomysł.

Moje pytanie jest następujące: jakie są szanse na powstanie nowych ośrodków transplantologicznych, które mogłyby skorzystać ze środków ministerialnych? Dziękuję.

Senator Henryk Woźniak:

Ponieważ pani dyrektor Kamińska ma szerokie doświadczenie, poproszę ją o odpowiedź.

Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia

Anna Kamińska:

Dziękuję bardzo za udzielenie mi głosu.

Szanowni Państwo!

Chciałabym powiedzieć, że obecnie z Krajową Radą Transplantacyjną pracujemy nad uruchomieniem postępowań konkursowych w ramach realizacji Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Jeżeli chodzi o środki inwestycyjne, to na ten rok są przewidziane w planie środki na prace remontowo-budowlane, 9 milionów zł,

i na zakup wysokospecjalistycznego sprzętu – 17 milionów zł. W lutym będziemy starali się uruchomić wszystkie postępowania konkursowe, bo jeszcze w tej chwili pracujemy z Krajową Radą Transplantacyjną nad ustaleniem priorytetów w ramach poszczególnych zadań. Oczywiście można powiedzieć, że w tym roku, jeżeli chodzi o zakup sprzętu i o inwestycje budowlane, to w stosunku do lat poprzednich są to bardzo duże kwoty. Chcemy łącznie z radą ustalić priorytety zakupów na ten rok, bo program, jak wszyscy słyszeliśmy, będzie prowadzony przez lat dziesięć. Tak więc w najbliższym miesiącu poznamy priorytety co do zakupu sprzętu i co do rozwoju tych inwestycji budowlanych.

Kiedyś padło pytanie, czy mamy wystarczającą ilość ośrodków, które realizują procedury związane z pobraniem i przeszczepieniem narządów w kontekście powstających ośrodków transplantacyjnych. Chciałabym tutaj powiedzieć, że można by uznać, że na chwilę obecną ta ilość jest wystarczająca, jednak na pewno nie chcemy hamować tego rozwoju. Trzeba pamiętać o tym, że aby realizować procedury związane z pobieraniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów, trzeba spełnić określone i zawarte w ustawie wymagania i trzeba uzyskać pozwolenie ministra zdrowia.

W związku z tym, tak jak powiedziałam, na pewno w ciągu najbliższego miesiąca przedstawimy priorytety do realizacji na ten rok. Z pewnością będzie tak, że będziemy wspierać również ośrodki nowo tworzone, choć wspólnie z Krajową Radą Transplantacyjną podejmiemy decyzję, czy będziemy robić to już teraz. Dziękuję bardzo.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję bardzo.

Widzicie państwo, są pewne problemy, a przedstawili je nam i pan profesor Kalciniński, i pan profesor Rowiński.

Odpowiadając panu profesorowi Rowińskiemu, powiem tak: daj Boże jak najwięcej takich ludzi w naszej polskiej nauce jak pan profesor, bo dzięki nim ta nasza transplantologia może się rozwijać. Potrzeba nam właśnie takich pasjonatów, wręcz desperatów, jak pan profesor. Przepraszam za to sformułowanie, ale tak należy to określić.

Transplantologia jest dziedziną z pogranicza wielu nauk: filozofii, bioetyki...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, tak, oczywiście.

...A także nauk medycznych, prawnych i zdrowia publicznego. Myślę, że jest tu też bardzo duże zadanie dla organizacji pozarządowych, które ostatnio bardzo ładnie włączyły się w działalność na rzecz transplantologii.

Zachęcam państwa do dyskusji na ten temat, ponieważ uważam, że jest on bardzo ważny. Musimy sobie wiele rzeczy powiedzieć i wyjaśnić, póki są autorytety z dziedziny transplantologii, które mogą nam to wszystko przybliżyć. Bardzo proszę skorzystać z tej okazji.

Proszę, Panie Profesorze Rowiński.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Transplantologii Klinicznej Wojciech Rowiński:

Korzystając z tego, że jest pan senator z senackiej Komisji Zdrowia i pan minister, chcę o czymś powiedzieć.

Panie Ministrze, ciągle są kłopoty z Narodowym Funduszem Zdrowia. To jest rzeczywisty problem. Byłem u pana kiedyś w tej sprawie, potem zwracałem się do pana drugi raz, pisałem. Te kłopoty są bardzo zwykłe, bardzo proste. Pani minister Kopacz zaprosiła pana prezesa Paszkiewicza, ja też zostałem na to spotkanie zaproszony, a chodziło o to, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia pewne postulowane kwestie uwzględniał w swoich planach. To są codzienne kłopoty, bez przerwy otrzymuję w ich sprawie listy, telefony czy e-maile od kolegów z różnych ośrodków transplantacyjnych.

Przede wszystkim jest kwestia tego, co pan załatwił w sierpniu, a co miało być na stronie internetowej. Mianowicie płacenie z katalogu świadczeń za opiekę nad zmarłym, nad pacjentem, u którego rozpoznano zgon, i za komisyjne rozpoznanie zgonu – to oczywiście już jest szczegół, korzystam jedynie z okazji, żeby o tym powiedzieć – do końca roku nie zostało wykonane. Po mojej prośbie pan prezes Paszkiewicz i pan prezes Dworski obiecali, że niepubliczne stacje dializ będą mogły korzystać ze szpitalnego katalogu świadczeń, chodzi o wykorzystanie pieniędzy na kwalifikacje do przeszczepienia. Tu argument jest prosty: my nie kwalifikujemy – podtekst: bo nam się to opłaca – bo nie możemy korzystać z katalogu świadczeń, tam jest 1 tysiąc 800 zł. Pan prezes Paszkiewicz powiedział: w porządku, od 1 stycznia będzie można korzystać z tej kwoty albo z katalogu szpitalnego, albo z katalogu świadczeń odrębnie kontraktowanych, albo z katalogu świadczeń ambulatoryjnych. Do tej pory tak się nie stało. Napisałem kolejne pismo – nie mam na nie odpowiedzi. Zadzwoiłem, prosząc o spotkanie, i jeśli znowu nie otrzymam odpowiedzi, to zgłoszę się do pana ministra.

Tego typu różnych drobnych rzeczy jest znacznie więcej. Pomijam już to, że jeżdżąc po Polsce, zacząłem sprawdzać, czy wojewódzkie NFZ wypłacają kwoty za komisyjne rozpoznanie zgonu – to jest w katalogu świadczeń – i za opiekę nad narządami. Okazuje się, że sprawa wygląda tak, że nie wolno na to wystawić oddzielnej faktury. Ta faktura idzie na przykład ze Skarżyska Kamiennej czy z Ostrowca Świętokrzyskiego – daję te przykłady, ponieważ pan senator świetnie zna te szpitale – a ponieważ oddział intensywnej terapii i tak ma nadwykonania, to NFZ mówi: przecież zapłaciliśmy za komisyjne rozpoznanie zgonu. To odbywa się kosztem tego, że nie zapłacono za leczenie ciężko chorego na oddziale intensywnej terapii. W skali kraju to są niewielkie koszty. Mogę w tej sprawie napisać pismo do pana ministra.

Gościwo postuluje o to, aby było możliwe oddzielne fakturowanie tych pięciuset przypadków rocznie. Przecież w skali kraju to jest nic. Skoro nie ma limitu na przeszczepianie, to niech nie będzie też limitu na rozpoznawanie zgonu. To powinna być wydzielona pozycja, ale nie wiem, czy jest to możliwe. Dziękuję bardzo.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Cezary Rzemek:**

Jeżeli mogę, chciałbym się odnieść. Ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia podlega ministrowi zdrowia – osobiście nadzoruje go pan minister Jakub Szulc – odniosę się do tego. Jeżeli chodzi o to finansowanie, o wystawianie dwóch faktur, to rzeczywiście inna umowa, czyli dodatkowa umowa, byłaby problemem, ale porozmawiam

o tym z Narodowym Funduszem Zdrowia, z panem prezesem. W tej chwili na te świadczenia jest jedna umowa i dlatego oddziały mówią, że zapłacimy za to świadczenie normalnie, razem z rachunkiem. Jeżeli, tak jak pan profesor wspomniał, przyszło tych umów więcej, ponad limit, to zapłacili, ale...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak.

Trzeba byłoby to objąć dodatkowym konkursem i dodatkowym udzielaniem świadczeń. Porozmawiam o tym z prezesem. Rzeczywiście, jest to niewielka ilość w skali roku i może byłoby to możliwe oddzielne rozliczanie tego. Jeśli pan profesor pozwoli, to po tej rozmowie skontaktuję się z panem profesorem. Dziękuję uprzejmie.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję panu ministrowi.

Bardzo proszę, proszę przy zabieraniu głosu przedstawić się, bo konferencja jest rejestrowana.

Bardzo proszę, w kolejności: pani, pan, pan, tak?

Bardzo proszę.

**Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
Sławomira Kyrzcz-Krzemień:**

Dziękuję.

Nazywam się Sławomira Kyrzcz-Krzemień, jestem kierownikiem Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku w Katowicach, największego ośrodka transplantacji szpiku w kraju. Ostatnio wykonujemy około połowy zabiegów transplantacji komórek krwiotwórczych od dawców niespokrewnionych, a drugą połowę wykonuje pozostałe szesnaście ośrodków. Ostatnio wykonaliśmy około dwustu zabiegów, co odzwierciedla tendencję z ostatnich dwóch lat. Według rankingu Europejskiej Grupy do spraw Przeszczepiania Krwi i Szpiku aktualnie jesteśmy na trzecim miejscu.

Bardzo podobało mi się wystąpienie pana profesora Rowińskiego, którego zawsze podziwiałam, miałam też okazję kilka razy go słuchać. W zupełności zgadzam się z tym, co powiedział pan profesor. Bardzo chciałabym, aby w transplantologii komórek krwiotwórczych były równie logiczne rozwiązania systemowe, bo przecież chodzi o to, żeby ten system był klarowny. Wydaje mi się, że bardzo prosto można rozwiązać chociażby dwie sytuacje, które chcę tu przedstawić, bo powodują one bardzo wiele nieporozumień. Ja to nazywam nieporozumieniami.

Otóż pan profesor Rowiński w dyskusji wspomniał o pakiecie świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Otóż nie wiem, jak to się stało, że w połowie ubiegłego roku, kiedy nastąpiła zmiana płatnika, jeśli chodzi o przeszczepienia komórek krwiotwórczych, z Ministerstwa Zdrowia na Narodowy Fundusz Zdrowia, nagle te finansowania znalazły się w pakiecie. Procedury S21 – transplantacja autologiczna, S22 – allogeniczna od dawcy spokrewnionego i S23 – od niespokrewnionego. Ośrodek, który ma na przykład ministerialną zgodę na wykonywanie tylko jednej procedury, na przykład na zabiegi autologiczne, otrzymuje kontraktowanie na cały pakiet. Czyli może być tak, że jest wykonywana transplantacja al-

logeniczna od dawcy spokrewnionego lub niespokrewnionego, zgody na zabieg nie ma, ale jego finansowanie jest. Tak więc tutaj niewątpliwie jest rozdźwięk. My w tej sprawie interweniowaliśmy, choć na razie bez odzewu. Korzystając również z obecności pana ministra bardzo proszę, abyście państwo rozważyli tę uwagę. Na pewno w tej sytuacji jest brak logiki, a także pewne niebezpieczeństwo.

I druga sprawa, której chciałam poświęcić kilka słów. Oczywiście interweniowałam w tej kwestii dużo wcześniej, jednak nie zostałam wysłuchana. Chcę powiedzieć, że identyfikuję się z wypowiedzią pana profesora Jerzego Hołowieckiego, która kilka dni temu ukazała się w „Gazecie Prawnej”. Dotyczyła ona tego, że przekazywanie danych z krajowych rejestrów personalnych – niektóre z nich mają przecież kilkunastoletnie tradycje – do, nazwijmy to tak, centrali, jest ewenementem w skali światowej. Przytaczam tu opinię pana profesora Hołowieckiego, zresztą taka jest prawda. Wydaje mi się, że chyba wylewamy tu dziecko z kąpielą. Sytuacja jest taka, że krajowe rejestry mają aktualnie w swoich bazach kilkadziesiąt tysięcy potencjalnych dawców komórek krwiotwórczych, bronią się przed przekazywaniem danych personalnych. Wszędzie jest tak, że przekazywane są zakodowane dane, a dane antygenowe przekazywane są do bazy światowej, na tym polega wyszukiwanie dawców. Jeśli okazuje się, że faktycznie występują antygeny zgodności tkankowej, że jest idealna zgodność, to wówczas przekierowuje się te dane do odpowiedniego rejestru, co następnie nadaje bieg sprawie. Tak więc również proszę tu o rozwagę. Powtarzam: identyfikuję się z wypowiedzią pana profesora Hołowieckiego, która ukazała się kilka dni temu w „Gazecie Prawnej”. Ja wielokrotnie wcześniej podkreślałam ten problem, a jednak wciąż nie ma jego rozwiązania. Jeśli zostałby on rozwiązany, to automatycznie chronilibyśmy rodzime rejestry, tym bardziej, że w ostatnim czasie – zwracam na to państwa uwagę – powstają nowe ośrodki dawców szpiku. Uważam, że idea, aby wykorzystać centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa jest doskonała.

Muszę powiedzieć, że u nas, w Katowicach, mamy doskonałą współpracę z centrum krwiodawstwa, mamy też pomysły, o których mówił pan profesor Rowiński. Mianowicie chcemy, żeby władze lokalne i różne instytucje – właśnie z bardzo pozytywnym udziałem księży, kleru – propagowały tę ideę w sposób systemowy. Jednak trzeba to robić, tak jak mówię, z uwzględnieniem ochrony danych personalnych, tak jak jest to na całym świecie. Ta ochrona niejako przynależy do rejestru. Dziękuję.

Senator Henryk Woźniak:

Bardzo proszę.
Bardzo proszę, teraz pan.

**Koordynator Kampanii Społecznej „Dawca.pl”
Paweł Klikowicz:**

Witam serdecznie. Paweł Klikowicz, koordynator kampanii społecznej „Dawca.pl”, zresztą chyba najmłodszy uczestnik, bo student Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Cieszę się, że mam możliwość bycia tutaj z państwem i słuchania państwa wypowiedzi. Niepokoi mnie jednak to, że nikt nie mówi o potrzebie długoletniej edukacji i prewencji właśnie w zakresie transplantologii, czyli uczenia, informowania o tej idei społeczeństwa. Niewątpliwie część techniczna, medyczna jest ważnym elementem,

jednak pomijamy tu właśnie aspekt społeczny. Otóż my tworzymy kampanię społeczną, którą tak na dobrą sprawę prowadzi dziewięciu studentów. Mamy już pierwsze sukcesy. Między innymi dzięki uprzejmości Ministerstwa Zdrowia prowadzimy projekt, sfinansowany właśnie ze środków tego ministerstwa, edukacji w internecie, bo wiem to medium wykorzystujemy.

Tak na dobrą sprawę brakuje pewnej koncepcji wykorzystania tego potencjału wolontariuszy, wykorzystania od najmłodszych lat potencjału edukacji. Nie ukrywajmy, że jeśli chcemy budować społeczny potencjał związany z akceptacją transplantologii jako metody leczenia, powinniśmy zacząć edukowanie od najmłodszych. Nie mówię o przedszkolu, bo to jest zbyt wcześnie, ale na przykład w podstawówce, w gimnazjum czy w liceum można już o tym rozmawiać, można o tym dyskutować tak, aby to społeczeństwo w kolejnych latach było bardziej wyedukowane, bardziej świadome tej idei.

Myślę, że tutaj ważny nacisk na to powinien być nie tylko ze strony Ministerstwa Zdrowia, Poltransplantu czy organizacji społecznych, ale również ze strony mediów, posłów i innych osób prawnych, które mogą tę tematykę podnieść. Dziękuję.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**Konsultant Krajowy w dziedzinie Transplantologii Klinicznej
Wojciech Rowiński:**

Chcę powiedzieć, że ta edukacja jest prowadzona przez wszystkie ośrodki transplantacyjne od co najmniej sześciu czy siedmiu lat. Odbywają się lekcje w szkołach, odbywają się wykłady w samorządowych centrach nauczycieli, publikowane są materiały edukacyjne dla nauczycieli, publikowane są materiały edukacyjne dla młodzieży – chętnie panu je udostępnię – jak również został zrobiony film dla dzieci z klas podstawowych, taki troszkę kreskówkowo-mieszany, bo jest to połączenie kreskówki i ukazania dwójki chorych po przeszczepieniu. Tak więc to, co pan powiedział, jest bardzo ważne, ale to już oczywiście się odbywa.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Cezary Rzemek:**

Chcę tylko dodać, że w ramach narodowego programu choćby na ten rok są przewidziane 3 miliony zł na różnego rodzaju działania promocyjne, edukacyjne, informujące, przeznaczone zarówno dla organizacji pozarządowych, jak i różnych instytucji publicznych. One są w różnych formach, zresztą to będzie też przedmiotem konkursu. To dzieje się właśnie od podstaw, poprzez różnego rodzaju duże kampanie spo-

łeczne. Może w porównaniu z wielkimi kampaniami społecznymi nie są to wielkie środki, ale uwzględnione tu jest przede wszystkim finansowanie dla tych, którzy mają dobry pomysł na promocję transplantacji.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, teraz pani, a potem pan.

Prezes Zarządu Fundacji Osób po Przeszczepieniu Wątroby

„Transplantacja OK!”

Magdalena Kozuchowska:

Dziękuję bardzo.

Magdalena Kozuchowska, prezes Fundacji Osób po Przeszczepieniu Wątroby „Transplantacja OK!”.

Panie Profesorze, nie wiem, czy dobrze odczytałam slajd, który pan pokazywał, ten, na którym byli pokazani partnerzy, mający promować transplantację w Polsce. Ja i tak miałam prawo głosu, jednak dlatego, że niestety nie przyjechała do nas pani Adrianna Szklarz ze stowarzyszenia „Życie po przeszczepie”, a prosiła, żeby ją zastąpić, pozwolę sobie troszkę dłużej do państwa mówić. Wydaje mi się, że powinnam poruszyć temat, o którym miała mówić Adrianna, czyli „Klimat społeczny akceptacji warunkiem rozwoju transplantacji”. To się po prostu jej należy.

Otóż, Panie Profesorze, albo tego nie zauważyłam, albo tej liście zatytułowanej „Partnerzy” – a widzieliśmy na niej: marszałków, urzędy wojewódzkie, szpitale, proboszczów, kapelanów szpitalnych, na końcu były osoby prywatne – nie ma stowarzyszeń pacjentów, organizacji pacjentów. A przecież tych organizacji jest dużo, one się mnożą, dzielą się, powstają nowe. I bardzo dobrze, bo kiedyś mieliśmy jedną jedyną słuszną Polską Zjednoczoną Partię Robotniczą i dobrze wiadomo, co z tego wyszło. Chwała Bogu, że tych organizacji jest mnóstwo, bo każdy robi to, co umie, co potrafi, a wszystkie one skupiają pacjentów. W zeszłym roku nasza fundacja zorganizowała w Ministerstwie Zdrowia konferencję, podczas której mówiliśmy, że tak naprawdę w terenie emisariuszem sprawy transplantacji jest pacjent. To my jesteśmy żywym świadectwem tej metody – wszak ewangelia mówi „poznacie ich po owocach”. To pacjent, który nie wychodzi ze szpitala na wózek inwalidzkim, zaśliniony, ledwo żywy, tylko wychodzi tłusciutki, różowy, żyje, pracuje, jest w środowisku, wraca do swojej pracy, młode dziewczyny się żenią, rodzą zdrowe dzieciaki, jest znakomitym świadectwem transplantacji! I to pacjenci robią.

Jest mi przykro, że pan student tego nie zauważył, jest o tym mnóstwo stron. To jest w internecie, aby to zobaczyć, nie musiał pan nawet wychodzić z domu. Jedne z tych organizacji pacjentów przedstawiają się lepiej, a drugie gorzej, jedne mają większe osiągnięcia, drugie mniejsze, ale, na miłość boską!, przecież nie o to chodzi. My jesteśmy rozsiani w terenie i na tym polega nasza siła, bo jesteśmy wszędzie. Ludzie chorują wszędzie: i w Rzeszowie, i w Szczecinie, i w Lublinie, i gdzieś tam pod Wrocławiem. Tak więc każdy z nas robi to, co umie, i tak jak umie. W terenie naprawdę jesteśmy znakomitymi emisariuszami, ambasadorami transplantacji.

Wracając do tematu klimat społecznej akceptacji, warunkiem rozwoju... My mamy w tym znakomite rozeznanie, bo widzimy, jak ludzie reagują na słowo „trans-

plantacja”. Tak więc każdy z nas próbuje sobie jakoś po swojemu radzić, próbuje zaistnieć w środowisku i chce, żeby środowisko wiedziało, co z nami było i dlaczego tak było, jak to wyglądało, czym to pachnie.

Otóż z naszych wieloletnich doświadczeń... Ja jestem nieomal dwanaście lat po przeszczepieniu wątroby, wiem, co mówię, a mam też mnóstwo znajomych – siedzą tu osoby po przeszczepach serca, znam ludzi z przeszczepioną trzustką. W Ministerstwie Zdrowia udało nam się zgromadzić biorców pięciu narządów: nerek, wątroby, serca, trzustki i płuca. My naprawdę wiemy, jak to wygląda, my się znamy, my się lubimy, my znamy swoje sprawy rodzinne, a nawet swoje sprawy intymne. My wspieramy się w problemach, a mnóstwo z nas robi potem studia z psychologii. Oni też nas badają, piszą o naszych problemach, robią jakieś swoje, że tak powiem, badania, pieką te swoje pieczenie, opisując to, jak wychodzimy z tych problemów itd., itd. Z naszych doświadczeń – także z moich, jak powiedziałam, prawie dwunastoletnich – wynika, i to wiemy na pewno, że przeciętna wiedza na temat transplantacji jest nieomal zerowa. Nieomal zerowa. Jednak jeśli się do tych ludzi już dotrze, to można strasznie dużo zrobić. Jak powiadam, to wynika z naszych doświadczeń, to nie jest jakaś wiedza wyдуманą, ona nie jest też związana ani z funkcją wieku, ani z funkcją wykształcenia.

Żeby nie być gołosłowną, powiem o takiej sprawie. Mianowicie 26 stycznia była czterdziesta piąta rocznica pierwszego przeszczepienia nerki u Danusi Milewskiej i z tejże okazji pojawiały się na ekranie różne bardzo ważne osoby i jedna z nich, lekarz, nie przytoczę nazwiska, powiedziała, że wypełniła oświadczenie woli, a nawet porozmawiała z rodziną. Wtedy mi się po prostu włos zjeżył na głowie! Co oznaczało to słowo „nawet”? Chryste Panie, oświadczenie woli to świstek papieru, który można sobie wypełnić, można go nosić w portfeliku, można go mieć w szufladzie czy gdziekolwiek, ale najważniejsza jest rozmowa z rodziną. Co to znaczy, że lekarz nawet porozmawiał z rodziną? Od tego się zaczyna! I co to pokazuje? Ano właśnie również poziom wiedzy, jaka na ten temat jest także wśród lekarzy, dramatycznie woła o podniesienie tej kwestii. Tu jest strasznie dużo roboty. I choćby pacjentem była jakaś prosta kobita, która wozi taczkami nawóz na własne pole – bo przecież i takie są – to jeżeli ona wytłumaczy swoim ludziom i powie: kochani, fajnie, że macie oświadczenie woli... Ona je może wziąć z Poltransplantu, ze Stowarzyszenia Transplantacji Serca, ze stowarzyszenia „Życie po przeszczepie”. Ona może je wziąć skądkolwiek, ale tak naprawdę najważniejsze jest porozmawianie z rodziną i jej przekonanie. To przecież nie jest żaden dowód osobisty ani prawo jazdy.

Mam inne zdanie niż profesor Rowiński, bowiem uważam, że powinno się dążyć do tego, żeby była także możliwość zarejestrowania zgody. No, ale to nie jest miejsce na to, żeby o tym prowadzić dyskusję, choć myślę, że taką dyskusję warto byłoby przeprowadzić. Jeżeli bowiem jest wyznaczone miejsce, jeżeli jest możliwość zarejestrowania naszych danych w jednej bazie – są w niej nasze numery NIP, PESEL, imiona, nazwiska, rodowe nazwisko matki itd., itd. – to można byłoby wrzucić tam też swoje stanowisko przeciwko transplantacji. Według mnie, można byłoby także wrzucić tam zgodę. Jednak to są osobne rzeczy, techniczne. Ja się nie bardzo na tym znam, ja tylko mówię to, co czuję, i to, co słyszę od pacjentów. Każdy z nas, biorców, kiedy się z nim rozmawia, mówi: gdybym wiedział, że narząd dla mnie zostanie pobrany wbrew woli rodziny, to miałbym taką traumę psychiczną, że nie byłbym w stanie go przyjąć. To jest strasznie ważne, ale w tej chwili nie o to chodzi.

Wydaje mi się, że to, czego tu zabrakło, to właśnie wiedzy, akceptacji i pomocy dla organizacji pacjentów, które są liczne, a które nieraz naprawdę są bidne jak mysz kościelna. One łatają te swoje drobne wydatki, nie wiem, na ksero, na zdjęcia, na wysłanie listu, na znaczek za 1,55 zł, bo listy ciągle drożeją. To są drobne rzeczy, jednak trzeba o nich pamiętać, bo także tutaj jesteśmy partnerami. My to robimy z potrzeby serca i za friko, ale znaczek też kosztuje. Tak więc tego mi strasznie zabrakło, naprawdę.

Ta akceptacja społeczna, jak było w tym tytule, jest warunkiem rozwoju transplantacji. Ta akceptacja słoneczna... społeczna – przepraszam, jestem astronomem z zawodu, więc mi to słońce samo wychodzi – jest naprawdę do „wyrobienia” tymi tłumami. Przecież w Polsce mamy koło dwudziestu tysięcy ludzi po przeszczepach. Ja jestem strasznie wścibska, jestem po wydziale matematyki i fizyki, i zadałam sobie trud, śledziłam te dane i w zeszłym roku w kwietniu przeszczepiono w Polsce dwutysięczną wątrobę, a nerek przeszczepiono już kilkanaście tysięcy. To jest ogromna rzesza ludzi. Mało tego, przecież każdy z nas indoktrynuje własną rodzinę, bo oczywiście moja i bliższa, i dalsza rodzina o transplantacji wie więcej niż przeciętny Polak. Tak więc naprawdę proszę pamiętać o tych organizacjach pacjentów także jako o partnerach. Dziękuję.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję bardzo.
Bardzo proszę.

**Przedstawiciel Stowarzyszenia Transplantacji Serca
Jarosław Cyrynger:**

Jarosław Cyrynger, piętnaście miesięcy po przeszczepie serca, ze Stowarzyszenia Transplantacji Serca profesora Religi. Specjalnie wymieniam, z którego jestem stowarzyszenia, bo uważam inaczej niż powiedziała koleżanka, chwaląc to, że tych organizacji jest tak dużo. Ten podział jest chyba błędem, bo powstają organizacje dwuosobowe, które jeżdżą po Polsce, działają gdzieś na rzecz transplantacji – i oczywiście chwala im za to, tylko, że nic za tym nie idzie.

I tutaj pytanie do panów profesorów, do ministerstwa: jak państwo odbieracie to, że w Aninie powstaje organizacja, która potem dzieli się, pączkuje, powstają w niej rozłamy? Bo kiedy ta organizacja powstawała, miała sześć oddziałów, a w tej chwili jest koło w Warszawie plus koło w Zabrzu – choć ono w zasadzie jest samodzielne – Kraków się odłączył, część grupy z Koszalina się odłączyła, tak więc dzieją się różne niepokojące rzeczy. Czy panowie profesorowie, lekarze, odbieracie te stowarzyszenia, każde z osobna, jako, powiedzmy w uproszczeniu, taką swoją tubę; czujecie, że wszyscy są za tym, czy może byłoby lepiej, gdyby to było jedno stowarzyszenie, mogące w jakiś sposób lobbować, nie wiem, w Senacie czy w Sejmie na rzecz transplantacji i pozyskiwać środki na przeszczepy różnych narządów? Czy te stowarzyszenia powinny dzielić się i działać indywidualnie? To tyle.

Senator Henryk Woźniak:

Może jeszcze poprowadzimy dyskusję, a później panowie profesorowie i pan minister odniosą się do niej, spróbujemy zrobić małe *résumé*.

Bardzo proszę.

**Prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Transplantacji Serca
Mirosław Czechowski:**

Nazywam się Mirosław Czechowski, jestem prezesem Zarządu Głównego Stowarzyszenia Transplantacji Serca o zasięgu krajowym.

Wielki ukłon wobec państwa, wobec Senatu, za zaproszenie nas, bo domagaliśmy się prawie od dwudziestu lat, bo nasza organizacja w ubiegłym roku skończyła dwadzieścia lat. Dziękujemy więc bardzo, a także chcemy, abyście państwo po tych słowach dziękczynnych wysłuchali naszego, może nie koncertu życzeń, ale naszych kilku drobnych potrzeb.

Nie będę wracał do historii, bo o niej powiedział już mój kolega. Powiem o tym, że zjednoczyliśmy się dla samoobrony i samopomocy.

Proszę państwa, o co chciałbym w krótkich słowach państwa prosić? Chodzi o to, aby można było oczekiwać, mówiąc wprost, pomocy materialnej. Nasza koleżanka Kożuchowska wspaniale to przedstawiła, wspominając o chałturzeniu, o kwestach, o zbieraniu środków. Proszę mi wierzyć, to jest trochę wstydlivy temat. Są nas wśród naszych członków ludzie, którzy dla naszej kochanej Ojczyzny sporo zrobili, a w tej chwili znaleźli się w takiej sytuacji patowej, żebrzą – proszę tak właśnie to odebrać. Oni potrzebują środków na lekarstwa, na zabezpieczenie dowozu, bo oni, żeby się przebadać, muszą mieć na przejazd na przykład z Sanoka do Krakowa czy z Ustrzyk Dolnych do Zabrza. A jeszcze może nie tyle pikanterii, co tragizmu do daje to, co chcę państwu przekazać: niejednokrotnie w rodzinie są takie dwie osoby, bo mąż i żona są po transplantacji serca, a w domu jest gromadka dzieci. Proszę sobie teraz wyobrazić, w jakiej sytuacji jest ta rodzina, kiedy oni muszą pójść i kupić leki immunosupresyjne, które są...

(Głos z sali: Za darmo.)

...strasznie drogie. W tej chwili w tej całej kołomyi z cenami leków, chociaż część jest refundowana, to jest to tylko symboliczne. I o zapelnienie tej luki chciałbym jeszcze raz do państwa zaapelować. Chodzi o to, żeby ten pacjent mógł przyjechać na badanie, być tam, przespać się, coś zjeść. Ważna jest tu też rehabilitacja, która jest mu niezbędnie potrzebna. I chodzi o to, żeby środki, które Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na kliniki kardiologiczne – to bardzo jest cenne, bo to kliniki kardiologiczne prowadzą tę rehabilitację – szły nie tylko na opiekę systemową nad pacjentem. Członek naszego stowarzyszenia musi co roku – taki mamy zapis w naszej małej konstytucji, jaką jest statut Stowarzyszenia Transplantacji Serca – przebywać na rehabilitacji, a to kosztuje. My nie jesteśmy w stanie tego zabezpieczyć dla wszystkich, bo nas na to nie stać. Sponsorów jest coraz mniej, naturalnie umierają, to znaczy tych gestów dziękczynnych jest coraz mniej, i bardzo często zdarza się, że ludzie muszą zapłacić sami, z własnej kieszeni, nawet za warsztaty psychologiczne, a wiadomo, że w pierwszym etapie po transplantacji serca pomoc psychologa czy psychiatry jest temu człowiekowi niezbędnie potrzebna do tego, aby on mógł wrócić do równowagi psychicznej. Środki na to są nam bardzo potrzebne.

Chciałbym jednocześnie, już na płaszczyźnie efektu końcowego pracy państwa, kardiologów, chirurgów czy nawet chirurgów dziecięcych, powiedzieć o efektach finalnych, końcowych. I te efekty pokazują właśnie nasi członkowie tu siedzący. Przy tej okazji wspomnę państwu o tym, że nasze stowarzyszenie jest członkiem europejskiej federacji sportu ludzi po przeszczepie serca. Siedzący tu po lewej stronie mój za-

stępcą Henryk Kubiak jest jej członkiem, ale nie tylko członkiem, bo i zawodnikiem, bo startuje w paraolimpijskich zawodach, tak można skrótowo powiedzieć, co dwa lata uczestniczy w konkurencji pływania. Przepraszam, ale muszę też powiedzieć o mojej koleżance, bo ona jest jeszcze lepsza, bo z takich międzynarodowych zawodów przyjeżdża z kilkunastoma medalami złotymi w swojej konkurencji. I oni konkurują z ludźmi znacznie młodszymi. Czym to jest? To jest wizytówką transplantologii. Tym właśnie, nasi kochani, wspaniali chirurdzy, kardiochirurdzy, chirurdzy urologicy, możecie się pochwalić. Możecie się pochwalić tym, że właśnie pan czy pani przyjeżdżają z medalem i to jest pokazane na transparentach w całej Europie. To jest waszą wizytówką. Przy okazji muszę dodać do tego pieprzu: na to, że on czy ona tam pojedzie, musimy się złożyć, bo potrzeba nie tylko chęci, pieniędzy na przejazd i przelot, ale zawodnika trzeba ubrać, dać mu symbole narodowe, bo to jest najważniejsze.

Na zakończenie swoje słowa kieruję do pana ministra zdrowia. Panie Ministrze, jeśli pan pozwoli, bo wiem, że nasze stowarzyszenie od dłuższego czasu zwraca się do ministra obrony narodowej... Wtrączę tu pewną informację, choć na pewno państwo wiecie o tym, że w ubiegłym roku minęło dwadzieścia pięć lat, od kiedy siły powietrzne, lotnictwo marynarki wojennej, dowożą organy do transplantacji. W tym łańcuszku ratowniczym oczywiście chirurg, kardiochirurg jest ważny, pielęgniarka jest ważna, ale żeby ten organ przeszczepić, ktoś musi go wcześniej dostarczyć i to szybko, bo każdy organ ma swój limit przydatności do transplantacji.

I chciałbym pana o coś prosić. Otóż jestem między innymi współautorem pewnej umowy. Mianowicie Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Obrony Narodowej i Narodowy Fundusz Zdrowia są w pewnej koalicji... oczywiście chodzi też o pieniądze, ale przygotowujemy taką uniwersalną umowę, która obejmie kliniki zajmujące się transplantologią. Chodzi o umowę z instytucjami, o których wspomniałem, na dowóz do nich organów. To jest coś wspaniałego. Do tej pory te umowy rzeczywiście też istniały, ale były inaczej zawierane – byłem kiedyś ich autorem, to były pojedyncze umowy z klinikami kardiochirurgicznymi, z jedną czy z drugą. Teraz jednak dążymy do tego – to jest nasza inicjatywa, Stowarzyszenia Transplantacji Serca – aby była to umowa uniwersalna, niekrzywdząca nikogo i obejmująca całe terytorium Polski.

Oczekujemy pomocy właśnie w tej sprawie. Jeśli chodzi o ministerstwo obrony, już kolejny raz tam jesteśmy, na razie w formie dokumentów, ale jesteśmy przygotowani na więcej, bo oczekujemy spotkania z ministrem Klichem. Chcemy to jak najszybciej zrobić, bo te wszystkie wskaźniki dotyczące tego, ilu dokonano transplantacji, są właśnie pochodną pomocy wojskowego transportu lotniczego. Bardzo dziękuję.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję bardzo.

Tak, bardzo proszę.

**Prezes Zarządu Stowarzyszenia Osób po Przeszczepie Serca
Małgorzata Rejdych:**

Nazywam się Małgorzata Rejdych, też przyjechałam tu na zaproszenie.

Byłoby dobrze, gdyby udało się nam przełożyć moje wystąpienie, które jest zaplanowane troszeczkę później, bo w tym momencie byłoby ono bardzo wskazane.

Mianowicie przygotowałam sobie taką krótką prezentację na temat tego, co robią pacjenci po przeszczepie serca i jak oddają ten dług za otrzymanie drugiego życia. Myślę, że to może wyjaśnić niektóre kwestie, które były tu poruszane.

Czy mogłabym?

(Przewodniczący Henryk Woźniak: Tak, bardzo proszę.)

Zanim uda mi się uruchomić tę moją krótką prezentację, chciałabym nawiązać do słów pana profesora Kalicińskiego, który powiedział, że w Polsce prowadzenie pacjentów po przeszczepie serca niczym nie odbiega od standardów ogólnoswiatowych. Potwierdzam to: wszyscy pacjenci po przeszczepie serca są objęci doskonałą opieką. Mamy doskonale wyposażone oddziały transplantacyjne, na które jesteśmy przyjmowani do okresowego diagnozowania, sprawdzania poziomu leków i wykonywania wszystkich badań, których wyniki mogą być niepokojące. Można powiedzieć, że w zasadzie należymy do grupy pacjentów objętych najlepszą opieką lekarską.

Pacjenci po przeszczepie serca, tak jak wszyscy pacjenci po przeszczepie jakiegokolwiek narządu, przyjmują leki immunosupresyjne. W tej chwili są one refundowane przez Ministerstwo Zdrowia i są sprzedawane albo na ryczałt, albo tak jak u mnie w Krakowie, gdzie są apteki, które sprzedają te leki dosłownie za grosze. Owszem, tak jak każdy pacjent, nieraz potrzebujemy leków obniżających ciśnienie czy obniżających poziom cholesterolu, ale na nie też są zniżki. Tak więc standardowe leczenie po przeszczepie serca wcale nie jest takie kłopotliwe. Tak samo niekłopotliwe jest życie pacjentów, którzy tylko raz na jakiś czas muszą przyjść po to, żeby w klinice skontrolować poziom leku, bo jest ważne, żeby on nie był ani za wysoki, ponieważ wtedy niszczy nerki, ani za niski, ponieważ grozi to odrzuceniem organu.

Chciałam państwu tak po prostu króciutko przedstawić, w jaki sposób żyjemy my, osoby po przeszczepie serca.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Może, pokaz slajdów, tak.

Nie będę mówiła o celach... W zasadzie skupiają się one na trzech kierunkach działalności: na rzecz pacjentów po przeszczepie serca, na rzecz osób oczekujących na przeszczep serca oraz propagującej przeszczepianie narządów. Spotykamy się przynajmniej trzy razy w roku, ale przede wszystkim spotykamy się podczas naszego głównego święta, czyli Światowego Dnia Serca, który odbywa się w różnych miastach Polski, a w Krakowie – w pięknym entourage`u, na rynku. Zwykle Światowy Dzień Serca cieszy się ogromnym zainteresowaniem mieszkańców, bo mają oni wtedy również możliwość wykonania różnych badań. My też mamy tam swoje stoisko i rozdajemy materiały promujące transplantację, rozdajemy formularze oświadczenia woli, cieszymy się zainteresowaniem mediów, pozytywnym zainteresowaniem.

Innym świętem, w którym uczestniczymy, są dni integracji organizowane przez Fundację „Mimo wszystko”, to są takie spotkania sobotnio-niedzielne. W sobotę zawsze jest konferencja na jakiś temat i dwukrotnie były one poświęcone właśnie problemom transplantacji, temu „niby nie, a jednak tak”.

To jest konferencja na temat projektu „Każdy ma swoje Kilimandżaro”. Ja również byłam zaproszona do grona prelegentów, mówiłam o tym, że również osoby zakwalifikowane do przeszczepu, czyli bardzo chore, muszą znaleźć w sobie jakąś siłę, żeby wejść na tę górę, bo każdy ma swoje Kilimandżaro. To jest pewna możliwość, okazja do tego, żeby spotkać się w naszym gronie, ludzi z przeszczepami, zapraszamy

na nie również kolegów z Warszawy, właśnie obecnego tu pana Henryka. Kiedy spotykamy się z różnymi osobami niepełnosprawnymi, lżej znosimy naszą własną niepełnosprawność.

To zdjęcie z ubiegłego roku, ze Światowego Dnia Chorego. Za tydzień, czyli niebawem, znowu jest konferencja właśnie tu, w Warszawie, na którą też na pewno przyjadę, bo będę chciała powiedzieć o problemach osób po przeszczepie serca.

Jesteśmy aktywni fizycznie. Co roku organizujemy rajdy rowerowe, które zaczynają się pod kliniką, jedziemy w nich my, pacjenci, jadą nasi lekarze, nasi rehabilitanci. Jest to dla nas bardzo miłe spotkanie, ale także jest to promocja przeszczepiania, bo wszyscy widzą, że osoby po przeszczepie serca doskonale funkcjonują, wracają do pełni sił fizycznych, zachowują się jak sportowcy. I tu jeszcze pamiątkowe zdjęcia.

Bierzemy udział w różnych akcjach promujących przeszczepianie. Tu akurat nie, ale w Wolbromiu była akcja promująca przeszczepianie szpiku, my do niej dołączyliśmy, byliśmy na niej obecni, rozdawaliśmy i materiały promujące przeszczepianie, i oświadczenia woli. Bierzemy udział w różnych lokalnych imprezach, bo każda okazja jest dobra do tego, żeby dojść do odbiorcy. Na tym zdjęciu jesteśmy w Iwonicy, a tu jestem na forum osób niepełnosprawnych w Raciborzu. Oni tam po raz pierwszy zobaczyli osobę po przeszczepie serca i zainteresowanie było ogromne. A to już inne święto: „Zagrajmy razem – integracja, sport, rehabilitacja”, znowu promocja przeszczepiania. Bierzemy udział właśnie w takich spotkaniach z młodzieżą, to naprawdę jest bardzo ważna gałąź naszego działania. Tu jesteśmy w Sędziszowie Małopolskim, tu w Oświęcimiu, a to Skrzyszów koło Tarnowa i krakowskie liceum. Organizujemy turnusy rehabilitacyjne dla osób po przeszczepie serca i bierzemy w nich udział. Tu jesteśmy w Dźwirzynie, to było dwa lata temu, ale w tym roku znowu tam jedziemy.

Wśród naszych członków mamy również dzieci i młodzież. Dla nich organizujemy w Zduńskiej Woli coroczne spotkania, zjazdy. Staram się zawsze dotrzeć do wszystkich dzieci, wszystkich młodych ludzi zawiadomić i zaprosić. Te spotkania są dla nich zupełnie bezpłatne, wszystkie koszty pokrywają sponsorzy. Dużym wysiłkiem jest dla nas to, żeby zorganizować im czas, obywają się dla nich zabawy, zawsze czekają na dyskotekę, ściągnęliśmy też klub harleya z Łodzi i ulicami Zduńskiej Woli przejechaliśmy na motorach.

Wracamy też do uprawiania sportu. Koledzy dają przykład, że nawet osoby po przeszczepie serca mogą jeździć na nartach. Tu jesteśmy na rajdzie rowerowym. Kolega, który przez całe życie był instruktorem narciarskim i wychował wiele pokoleń mistrzów sportu narciarskiego, nadal zbiera nagrody. Wyjeżdżamy na te zawody, o których mówił pan prezes Czechowski, a co dwa lata w różnych miastach Europy odbywają się Mistrzostwa Europy Osób po Przeszczepie Serca i Płuc. Od wielu lat nasi koledzy na nie jeżdżą. Tutaj widzimy ekipę z Dublina i naszego kolegę, który zdobył wiele medali. Tutaj – Vichy w 2008 r. A to już ostatni pobyt w szwedzkim Växjö, do którego pojechaliśmy w pięć osób, a przywieźliśmy szesnaście medali, w tym dziewięć złotych. Tutaj możecie państwo zobaczyć migawki właśnie z tych zawodów.

W krakowskich Balicach spotkaliśmy się z lotnikami, dziękowaliśmy im za to, że wożą dla nas serca. Potem odbyło się jeszcze drugie spotkanie z nimi, na Okęciu – to są właśnie piękne pamiątkowe zdjęcia z tego spotkania. Za naszą działalność zostaliśmy docenieni i uhonorowani przez profesora Sadowskiego, szefa naszej kliniki, medalem z okazji 30-lecia kliniki.

Chciałam jeszcze wrócić do tego aspektu, o który państwo pytaliście, mianowicie do tego, co mogą zrobić tacy pacjenci jak my. Faktycznie, my jesteśmy najlepszymi ambasadorami przeszczepiania narządów. Mamy doskonałych kardiochirurgów, mamy świetnie wyposażone kliniki, mamy wielu lekarzy, którzy prowadzą pacjentów po przeszczepie serca, dlaczego więc ciągle tak mało jest przeszczepień, zwłaszcza serca? I chociaż, co widzieliśmy na wykresach, w 2010 r. te wszystkie wskaźniki poszły w górę, to jednak nadal, i to mimo większej ilości dawców martwych, odsetek sprzeciwów rodzin jest duży. Do pobrania nie dochodzi, lekarze od niego odstępują, umierają pacjenci, którzy przecież mogliby żyć. Dotykamy tu bardzo ważnej kwestii: sfery mentalnej, etycznej, światopoglądowej – brakuje dostatecznej edukacji społecznej.

I dlatego też wszystkie stowarzyszenia, które skupiają pacjentów po przeszczepieniu narządów wszystkich rodzajów właśnie wypełniają tę lukę, czyli promują transplantację jako metodę leczenia, a przede wszystkim ratowania życia pacjentów, w stosunku do których medycyna wyczerpała już wszystkie inne środki. Bierzemy udział w spotkaniach, w kampaniach, których celem jest edukowanie przede wszystkim młodzieży, to ona, nabываяc tę wiedzę, przenosi ją w swoje środowisko i do swojej rodziny.

W ubiegłą środę rozpoczęła się w Krakowie kolejna kampania, skierowana do młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. W ubiegłym roku była doskonale przygotowana akcja edukowania nauczycieli, zorganizowana przez Polską Unię Medycyny Transplantacyjnej i Poltransplant. Byłam zaproszona do udziału w cyklu wykładów, które odbyły się w Małopolsce w województwie podkarpackim, a były one doskonale przygotowane przez koordynatorów, przez lekarzy różnych specjalizacji. Występowałam w tych cyklach na końcu jako produkt finalny, uwierzytelniając, dając świadectwo, że to wszystko, co mówią lekarze i co pokazują wykresy przekłada się jednak na pomoc konkretnemu człowiekowi. Dawałam tam świadectwo, że medycyna transplantacyjna dzisiaj nie jest doświadczeniem, sztuką dla sztuki, tylko wpływa ona na konkretne życie konkretnych ludzi, młodych i starych, choć wzruszające są zawsze zwłaszcza opowieści o ludziach młodych. Szczerze mówiąc te moje wystąpienia były z życia wzięte, opowiadałam o tym, jak to jest umierać i jak to jest powracać, dostawać tę drugą szansę. Te wystąpienia naprawdę cieszyły się ogromnym zainteresowaniem. Przychodzili potem do mnie nauczyciele i pytali, czy przyjechałabym do ich szkół na konkretne spotkania z młodzieżą, żeby o tym właśnie powiedzieć, bo ten przekaz bezpośredni przemawia. Faktycznie, zainteresowanie było bardzo duże, było bardzo dużo rozdawanych oświadczeń woli, bardzo dużo materiałów. Muszę powiedzieć, że brakuje troszeczkę gadżetów dla młodzieży, bo dzisiaj młodzież to gadżeciarze. Dlatego prosiłabym bardzo, żeby przeznaczyć jakieś środki na to, aby były dostępne właśnie opaski „Porozmawiajmy o transplantacji”. Oni lubią otaczać się takimi rzeczami, dla nich to jest manifestowanie pewnej postawy, akceptacji pewnych rzeczy.

W młodzieży szkolnej drzemie ogromny potencjał. Kiedyś młodzi uczyli się od starszych, a dzisiaj często to rodzice i dziadkowie uczą się od dzieci i wnuków, bowiem, poza nauką obsługi sprzętu, telefonu i komputera, młodzi oferują także nowe, młodsze podejście do życia. To, co nie mieściło się naszym rodzicom i dziadkom w głowie, czyli na przykład naruszanie ciała ludzkiego po śmierci, dla młodych jest rzeczą naturalną. I oni tę wiedzę i to swoje nastawienie przekazują rodzicom i dzieciom. Dlatego tak ważne jest dotarcie do tej najmłodszej warstwy społeczeństwa, bo oni będą wykonywali tę pracę w zasadzie od podstaw. Rozmowy o śmierci nadal są

tematem tabu, ale dla młodych już nie, bo młodzi podpisują już na przykład polisy ubezpieczeniowe, coraz młodszy ludzie sporządzają testamenty. W takim razie dlaczego nie zastanowić się, co zrobić z ciałem po śmierci, prawda? Można nim się podzielić, dając szansę na drugie życie innym ludziom, chorym.

Jako osoba żyjąca z drugim sercem i jako prezes takiego stowarzyszenia mam okazję na co dzień spotykać się z osobami, które kwalifikowane są do przeszczepu. Teraz od poniedziałku do środy przebywałam na oddziale właśnie w celu, że tak powiem, przeleczenia się, sprawdzenia, co się dzieje i czy wszystko jest w porządku. I – o, zgrozo! – zobaczyłam, że osób po przeszczepie na oddziale leżała trójka, a dziewięć było dopiero kwalifikowanych do przeszczepu. Tak więc zapotrzebowanie na przeszczepy jest ogromne. To tylko serce, a co jest w przypadku innych narządów? To pewnie wiedzą koledzy. Spotykamy się...

Przewodniczący Michał Okła:

Bardzo przepraszam, Pani Małgosiu, ale przekroczyliśmy znacznie czas. Bardzo proszę o skrócenie wypowiedzi.

**Prezes Zarządu Stowarzyszenia Osób po Przeszczepie Serca
Małgorzata Rejdych:**

Tak.

Chciałam jeszcze tylko o coś zaapelować. Mieliśmy tu na wykresie pokazane kraje, w których jest najwięcej przeszczepów: Hiszpania, Portugalia, Belgia. Spotkałam się z członkami stowarzyszeń podobnych do naszego, z pacjentami z Belgii, czyli z kraju, w którym jest bardzo dużo przeszczepów. Nie zaniedbujemy edukacji! Proszę o to dlatego, że oni, dokonując co roku tylu przeszczepów, nadal promują, nadal wydają różne broszury, przede wszystkim inwestują w młodzież, w ich świadomość. Nie możemy tego zaniedbać. Myślę, że pacjenci po przeszczepie serca, zresztą pacjenci po przeszczepach różnych narządów, włączają się w ruch odbudowy polskiej transplantologii. Oni swoim przykładem najlepiej mogą świadczyć, że jest to metoda, która ratuje życie i która jest metodą przyszłości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Michał Okła:

Również dziękuję bardzo.

Bardzo proszę o krótkie ustosunkowanie się do pytań i wypowiedzi.

Zacniemy może od pana ministra.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Cezary Rzemek:**

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo!

Jak przed chwilą zostało przedstawione, to akurat jeżeli chodzi o leczenie i problemy, o których mówił pan prezes, jak choćby te z dojazdem, to de facto dotyczy to opieki społecznej i innych zagadnień. To inna rozmowa, inny temat i inne minister-

stwo. I jeżeli rzeczywiście są problemy, które trzeba poruszyć, to zachęcam państwa do skierowania swoich kroków do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej właśnie z tą informacją. Jeżeli chodzi o pozyskiwanie rejestrów... przepraszam, to znaczy przekazywanie danych, o których wspomniano na początku, czyli danych osobowych do rejestru, to nie zrozumiałem obaw zawartych w tej wypowiedzi. Przecież nikt nie każe likwidować rejestrów obecnie prowadzonych. To jest zapisane w ustawie o ile dobrze pamiętam, w art. 16 pkt 3. To, że trzeba to przekazać, bo trzeba, żeby te rejestry były w jednym miejscu, nie wyklucza możliwości rozwijania baz, rozszerzania baz danych tych rejestrów, które są prowadzone przez fundacje czy stowarzyszenia.

Teraz kwestia tego jak informować społeczeństwo. To właśnie te pieniądze, które zostaną przekazane, częściowo będą też na to, żeby państwa pomysły trafiały do nas, jeżeli będzie ogłoszony konkurs na rozwinięcie tego wspomaganie poprzez szerzenie wiedzy. Mówiliśmy tu o kształceniu de facto, o pokazaniu, jak edukujemy. Oczywiście, jest świetnym przykładem, kiedy osoba po przeszczepie przychodzi na te spotkania i – powiem brzydko – jest dowodem. Ona jest żywym dowodem na to, że takie osoby żyją, że można je zapytać o to, jakie są ich odczucia. To na pewno społeczeństwu i młodzieży daje bardzo dużo, dużą wiedzę, jest też duże zainteresowanie takimi spotkaniami.

Mam jednak nadzieję, że to trafi właśnie w ten etap, czyli stowarzyszenia również będą się zgłaszały, bo młodzież też ma pomysły. Powiem najprościej: de facto młodzież wie, jak dotrzeć do kolegów, ona też będzie mogła przedstawić swoje propozycje nie na promowanie czegoś, ale na informowanie, na uświadamianie społeczeństwa. To jest to, do czego chcielibyśmy dążyć, bo bez tej wiedzy, bez tej świadomości ciężko jest dotrzeć też do zainteresowanych tym tematem. We wcześniejszym wystąpieniu pana profesora było już wspomniane, pokazane, przez kogo można dotrzeć. Chodziło też o instytucje, nie tylko osoby prywatne, które muszą się w to zaangażować. Osoby prywatne tworzą stowarzyszenia, tworzą fundacje, tak więc to przez nie wiedza dociera do społeczeństwa. To też musi być jakoś ujęte. Przy promowaniu, tworzeniu takiego stowarzyszenia czy fundacji musimy też mieć świadomość, jak one będą prowadzone. To nie jest tylko sama chęć. Jeśli państwo chcą pozyskiwać środki od sponsorów, to przecież z tym wiąże się założenie fundacji, choć jest też możliwość korzystania ze środków chociażby w drodze konkursu, do którego można przystępować.

Poprosiłbym jeszcze pana profesora o ustosunkowanie się do wcześniejszej wypowiedzi, pani z fundacji, co do tego, jakie są te potrzeby. Nie mam tutaj, szczerze mówiąc, doświadczeń. Nasze oddziały zapewniają usługi medyczne w stopniu – o czym zresztą pani ze stowarzyszenia już wspomniała – co najmniej europejskim, a wciąż dążymy do ich polepszenia. Do tego dojdą zakupy środków trwałych i do tego dojdą remonty. Jednak jeżeli można, prosiłbym pana profesora o ustosunkowanie się do kwestii komfortu, do poziomu zapewniania usług medycznych pacjentom, w tym osobom po przeszczepach.

**Przewodniczący Krajowej Rady Transplantacyjnej
Piotr Kaliciński:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Gdyby było tak wspaniale i idealnie, oczywiście nie potrzebowalibyśmy programów ani spotkań w tym zakresie. Rzeczywiście jest wiele problemów i nikt nie

mówi, że my, lekarze, personel medyczny czy ośrodki świadczące tego typu usługi, mamy wszystko. To, co robimy ze swojej medycznej strony, zresztą wspólnie z państwem, wiąże się czasami z wielkim wysiłkiem. W wielu ośrodkach są lepsze czy gorsze warunki, ale są takie, jakie są. I wszystkie działania, które konkretne osoby, szpitale czy ośrodki podejmują indywidualnie na swoim terenie czy poprzez realizację dużych programów, mają na celu podnoszenie przede wszystkim standardów świadczenia usług i większy dostęp do nowoczesnych technologii.

Wiele dziś mówiono o edukacji. Krótko do tego nawiązę. My również dostrzegamy problemy związane z opieką nad pacjentem w odległym okresie po przeszczepie i to nie tylko w aspekcie medycznym. Chcielibyśmy, żeby pacjent, który wychodzi ze szpitala, przeszedł rehabilitację nie tylko stricte medyczną, lecz również fizyczną, socjalną, społeczną, zawodową. Chcielibyśmy, żeby nie był kolejnym obciążeniem dla państwa, na przykład jako rencista. Olbrzymia większość pacjentów może wrócić do wykonywania tego samego zawodu, a jeśli nie do tego samego, to po jakiejś modyfikacji do innego. Ja zajmuję się leczeniem dzieci. My też staramy się, żeby dzieci – i w przypadku olbrzymiej większości naszych pacjentów tak się dzieje – chodziły do normalnej szkoły, kończyły studia, później rodziły swoje własne dzieci itd. To jest cel, który przyświeca transplantologii. Nie chodzi nam tylko o to, żeby pacjent wyszedł ze szpitala.

Pozostało jeszcze wiele niezaspokojonych potrzeb w tej dziedzinie i nie jesteśmy w stanie prawdopodobnie rozwiązać ich wszystkich, ale na pewno możemy rozstrzygnąć choćby kilka, współpracując, również dzięki państwu, czyli organizacjom i pacjentom, z lokalną opieką społeczną czy z różnymi innymi organizacjami i aktywizując je. Jestem co do tego przekonany, bo tak się dzieje również w moim ośrodku, w którym staramy się zapewnić taką współpracę na co dzień.

Zaręczam – myślę, że w imieniu każdego członka personelu medycznego, który ma z państwem styczność – że nie ma żadnego konfliktu i żadnej rywalizacji między nami, bo przyświeca nam ten sam cel, żeby zapewnić pacjentom jak największy komfort i jak najlepszy rezultat leczenia. Zresztą każdy z nas udział w różnego rodzaju akcjach edukacyjnych promujących idee transplantologii traktuje jako swój obowiązek. Wielokrotnie jesteśmy przez państwa zapraszani do udziału w różnych akcjach i również państwa zapraszamy do udziału w naszych akcjach, kiedy takie organizujemy.

Trudno zdecydować, czy ma być dużo małych organizacji pozarządowych, czy jedna silna. Myślę, że jest miejsce dla wszystkich. Ważne jest to, co one robią. Jest miejsce zarówno na działania lokalne, jak i na działania globalne. Zależy to od tego, kto ma w ogóle możliwości czy czas na to. Wiadomo, że jest to działalność społeczna olbrzymiej większości z nas. Ważne jest to, że pojawiają się nowe możliwości. Wszystko to, co robimy, również program „Partnerstwo dla Transplantacji”, który realizuje pan profesor Rowiński, jest przecież realizowane lokalnie – zresztą dowodem na to jest to, o czym przed chwilą pani mówiła –wspólnie z organizacjami zrzeszającymi pacjentów. To się rodzi.

Otóż chcemy umożliwić – na razie nad tym dyskutujemy i niedługo odbędzie się spotkanie na ten temat – występowanie w ramach Narodowego Programu Transplantologii również o małe, lokalne inicjatywy i ich dofinansowanie, a także umożliwić realizację większych pomysłów, oczywiście w zakresie tych ograniczonych środków, bo one też nie są z gumy. Chodzi o to, żeby to nie było tak, że ktoś powie: to wszystko już zrobimy, bo mamy pomysł itd. Nie. Myślę, że pojawi się wiele fajnych,

ciekawych inicjatyw i wszyscy będziemy się w to włączać w takim stopniu, w jakim będzie to możliwe.

Tak jak powiedziałem, sytuacja nie jest idealna, ale są perspektywy, żeby poprawić zarówno standardy leczenia, jak i wiedzę w tym zakresie. Możemy poprawić wiele kwestii, a także możemy pracować nad rozwiązaniami systemowymi, które nie są przecież jeszcze ciągle idealne. Mam na myśli choćby finansowanie NFZ. Mamy świadomość, że jest bardzo wiele uciążliwości, które odczuwamy zarówno my w procesie leczenia pacjentów, jak i państwo jako pacjenci. Ale myślę, że udało się już uzyskać wiele pozytywnych rozwiązań. Na przykład to, że od kilku lat dysponujemy właściwie bezpłatnym leczeniem immunosupresyjnym. Notabene ono zawsze było bezpłatne, tylko że obecnie dostęp do niego jest dużo prostszy, ponieważ jest ono refundowane przez państwo tak jak każde inne leczenie. Pacjent nie musi przyjeżdżać do ośrodka transplantacji tylko po to, żeby pobrać leki. Parę lat walczyliśmy w państwa imieniu o to, żeby właśnie tak było. Myślę więc, że łączy nas wspólny interes i każda osoba na tej sali bardzo wiele w wielu różnych sprawach czyniła i nadal będzie czynić, bo taka jest nasza rola. Bez tego nic się samo nie zrobi. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Pan profesor Rowiński. Bardzo proszę.

**Konsultant Krajowy w dziedzinie Transplantologii Klinicznej
Wojciech Rowiński:**

Kochana i Droga Pani Magdo, pani doskonale wie, że kontaktujemy się wielokrotnie w ramach programu „Partnerstwo dla Transplantologii” na terenie poszczególnych województw. Jeżeli organizacja jest aktywna, bierze w nim udział, podpisuje się i działa.

Zaniepokoiło mnie pytanie jednego z panów po przeszczepie serca. Pan Henryk Kubiak doskonale wie, jak ja bardzo boleję nad tym, że te dwadzieścia organizacji i różnych fundacji działa zupełnie oddzielnie. Jest absurdem, że w samej Warszawie są dwa czy trzy stowarzyszenia skupiające chorych po przeszczepie serca. Państwo będziecie dysponowali ogromną siłą, ale tylko pod warunkiem że stworzycie jakąś federację. Nie stracie swojej autonomii, bo każdy będzie działał na własnym terenie.

Chciałbym zwrócić się do pani dyrektor z taki oto apelem. Niedługo będzie pani ogłaszała konkursy, na które zgłosi się czterdzieści, pięćdziesiąt różnych małych fundacji z konkretną inicjatywą. Byłoby dobrze, żeby pani zrobiła spis i w ten sposób zorientowała się, ile jest tych stowarzyszeń i na jakim terenie one działają, i co robią. Podam przykład. Pani powiedziała, że dwa dni temu rozpoczęto jakąś kolejną akcję wśród młodzieży szkolnej. W tej chwili też w Krakowie, w urzędzie wojewódzkim inna fundacja, inne stowarzyszenie, skupiające tym razem chorych po przeszczepie nerki i dializowanych, robi to samo.

Jeżeli do konkretnej szkoły zadzwoni telefon z jednej i z drugiej fundacji czy z jednego czy drugiego stowarzyszenia, to te szkoły zaczną odmawiać. Z taką samą sytuacją będziemy mieli do czynienia, jeśli do pani dyrektor wpłyną wnioski od jednego stowarzyszenia: my będziemy uczyli w Krakowie, a dwa dni później przyjdzie wniosek od innego stowarzyszenia: my będziemy uczyli w Krakowie. Konieczne jest

zrobienie spisu, dlatego że w przeciwnym razie będzie pani bardzo trudno zdecydować, kto powinien dostać pieniądze i ile ich powinien dostać.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję, Panie Profesorze.

Na tym zakończyliśmy pierwszą część dzisiejszego posiedzenia seminaryjnego. Wnioski zostały zapisane przez sekretariat naszej komisji i zostaną przekazane stosownym organom.

Bardzo serdecznie witam pana ministra Bilińskiego, głównego inspektora sanitarnego, panią profesor Walerię Hryniewicz, krajowego konsultanta w dziedzinie mikrobiologii, panią profesor Marię Borszewską-Kornacką, wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie neonatologii, pana doktora Mariana Patrzalka, wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie neonatologii, oraz przedstawicieli organizacji pozarządowych.

Przechodzimy do drugiej części posiedzenia seminaryjnego poświęconej epidemiologii.

Ponieważ mamy niewielkie opóźnienie, nie będziemy robić przerwy. I bardzo proszę o zwięzłe wypowiedzi.

Jako pierwszemu głos oddamy panu ministrowi Przemysławowi Bilińskiemu.

Panie Ministrze, proszę pana jako szefa zespołu epidemiologicznego działającego przy ministrze zdrowia o omówienie obecnej sytuacji epidemiologicznej w kraju.

Bardzo proszę.

**Główny Inspektor Sanitarny
Przemysław Biliński:**

Dziękuję uprzejmie.

Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie! Panie i Panowie Profesorowie! Szanowni Państwo!

Serdecznie dziękuję za zaproszenie na to seminaryjne posiedzenie Komisji Zdrowia Senatu RP. To duże wyróżnienie móc przedstawić przed tak szacownym gronem najświeższe dane dotyczące oceny sytuacji epidemiologicznej w Polsce w sezonie epidemicznym grypy 2010–2011.

Polska znajduje się obecnie w środku sezonu epidemicznego. Grypa jest ostrą chorobą zakaźną górnych dróg oddechowych. Wywoływana jest przez wirusy grypy ludzi typu A i B. Wirus grypy typu A dzieli się na podtypy: H1N1 i H3N2. Doskonale wiemy, jak przenosi się grypa. Jest przenoszona z osoby na osobę drogą kropelkową podczas kichania, kaszlu lub w wyniku bezpośredniego kontaktu ze świeżą wydzieliną dróg oddechowych. Zachorowania na grypę występują przez cały rok. Sezon epidemiczny wzrostu zachorowań na grypę trwa od września do kwietnia, przy czym szczyt zachorowań rokrocznie przypada na miesiące: styczeń, luty i marzec. Był jeden mały wyjątek. Mieliliśmy z nim do czynienia w sezonie 2009–2010, a był on spowodowany pandemią grypy, do której doszło w wyniku pojawienia się szczepu wirusa pandemicznego, bo to on wywołał szczyt zachorowań na grypę. To był szczep wirusa AH1N1 2009, bo taka była oficjalna nomenklatura opisująca to zakażenie. Ten wirus spowodował wystąpienie o trzy miesiące wcześniej szczytu zachorowań na grypę wła-

śnie z tego powodu, że był to wirus pandemiczny i że wystąpił poza okresem, w którym od wielu lat obserwowano co roku szczyt zachorowań na grypę na terenie Polski.

Objawy grypy są państwu znane, a także powszechnie znane. Są to objawy niecharakterystyczne. Mogą występować gwałtownie i zwykle trwają od trzech do siedmiu dni. Wiążą się z ogólnym rozbiciem organizmu, wysoką gorączką, dreszczami, bólami mięśni, głowy, objawami ze strony układu oddechowego: suchym kaszlem i bólem gardła. Dlaczego przytaczam te objawy? Dlatego, że są one na tyle typowe, że ich znajomość powinna w społeczeństwie wzbudzać niepokój i przywoływać starannie zapamiętane zasady postępowania w takich przypadkach. Jeżeli chora jest osoba młoda, chodząca do żłobka, przedszkola bądź szkoły, w takim wypadku powinna być pozostawiona przez rodziców w domu, tak aby uniknąć przeniesienia choroby drogą kropelkową w miejscu uczęszczania wielu osób i zakazania kolejnych osób. Jeśli osoba dorosła jest chora, powinna zrezygnować z pójścia do pracy, tak aby unikać zakażenia kolejnych osób, w następstwie czego może dojść do wysokiej absencji chorobowej, kłopotów pracodawców i kłopotów w gospodarce. Można to obserwować na skalę masową w krajach, w których w krótkim czasie dochodzi do dużego nasilenia absencji chorobowej, i dlatego zwracamy na to uwagę. Choroba ustępuje zwykle samoistnie po od trzech do siedmiu dni w wyniku standardowego ogólnego leczenia. Może zdarzyć się, że choroba przebiega gwałtownie i wtedy jest konieczny kontakt z lekarzem. Jeżeli występują objawy niepokojące, lekarz sięga zazwyczaj po leki silne, antywirusowe. Te leki są ogólnodostępne.

Najlepszą ochroną przeciwko wirusowemu zakażeniu wirusem grypy sezonowej jest poddanie się szczepieniom sezonowym. Szczepionki sezonowe są bezpieczne i są dostępne w aptekach. Tegoroczna szczepionka sezonowa zawiera elementy uodparniające obywateli na wirusa AH1N1 2009. A więc nawet gdyby w przyszłości nastąpił intensywny wzrost zachorowań w wyniku tego słynnego konkretnego wirusa z ubiegłego roku, to ci, którzy się zaszczepią tegoroczną szczepionką sezonową, będą uodpornieni i będą przechodzili objawy zakażenia zdecydowanie łagodniej bądź w ogóle nie będą zauważali u siebie objawów chorobowych.

Grypa potrafi przebiegać szczególnie ciężko u osób należących do grup ryzyka, u tych obywateli, którzy są chorzy na inne ciężkie choroby, którzy mają obniżoną ogólną odporność organizmu i którzy cierpią na choroby układu krążenia. U osób ze schorzeniami wieloletnimi, przewlekłymi grypa może przebiegać z powikłaniami i może nawet doprowadzać do zgonów. Standardowa liczba zgonów podczas trwania grypy sezonowej na podstawie danych ogólnościatowych waha się od jednego przypadku do czterech przypadków na dziesięć tysięcy zachorowań. Według danych WHO może dochodzić co roku nawet do zgonu pół miliona ludzi w sezonie grypowym na całym świecie.

Do grup ryzyka zaliczamy również kobiety w ciąży, małe dzieci do piątego roku życia i osoby starsze. Stąd z ogromnym zadowoleniem witamy inicjatywy samorządów lokalnych i niektórych pracodawców, którzy namawiają osoby z grup ryzyka do szczepień bądź nawet finansują szczepienia w grupach ryzyka, szczególnie w domach dziecka, opieki społecznej i spokojnej starości. Z zadowoleniem witamy również inicjatywy pracodawców, którzy dbają o zdrowie swoich pracowników, poniekąd wpływając również na wielkość absencji w czasie sezonu grypowego w swoim miejscu pracy, i finansują im szczepienia.

Szczepionki dostępne są na terenie całego kraju. W chwili obecnej ponad sto dziewięćdziesiąt tysięcy opakowań szczepionek jest dostępnych w hurtowniach. Niezależnie od tego szczepionki są dostępne także w aptekach.

Chcę państwu powiedzieć, że w ubiegłym roku sprzedano zaledwie sześćdziesiąt tysięcy szczepionek sezonowych. W tym roku na rynku od zaraz może być dostępnych sto dziewięćdziesiąt tysięcy szczepionek sezonowych w hurtowniach i około trzydziestu tysięcy w aptekach. One są odpowiednio przechowywane w ciągu chłodniczym i są ważne do końca czerwca przyszłego roku. Należy rozpowszechniać te informacje i namawiać ludzi na szczepienia, ponieważ, jak widać, sześćdziesiąt tysięcy opakowań sprzedanych szczepionek w trzydziestoośmiomilionowym kraju to jest liczba zatrważająco niska. To jest zadanie dla wszystkich służb państwowych, mediów i organizacji pozarządowych, aby przekonywać społeczeństwo do szczepień ochronnych przeciwko grypie sezonowej.

Chciałbym państwu teraz przedstawić dane na temat skali zachorowań na grypę w sezonach obecnym i poprzednim w liczbach bezwzględnych. I tak, w sezonie 1998–1999 liczba zachorowań na grypę i podejrzeń grypy wyniosła prawie dwa miliony czterysta tysięcy osób, w sezonie 1999–2000 to było półtora miliona osób, w sezonie 2000–2001 to było pięćset tysięcy osób, a w sezonie 2001–2002 było to dwieście dziesięć tysięcy osób. Zdecydowany wzrost zachorowań na grupę nastąpił w latach 2002–2003, bo było to milion dwieście tysięcy osób. Kolejny wzrost zachorowań na grupę zaobserwowaliśmy w sezonie 2004–2005 i było to siedemset dwa tysiące osób. Zbliżamy się powoli do danych z obecnego roku. W latach 2008–2009 było ponad pół miliona zachorowań na grupę. Pandemia w sezonie 2009–2010 i wirus AH1N1 2009 wywołał osiemset pięćdziesiąt sześć tysięcy sześćset trzy udokumentowane zachorowania na grypę.

Bieżący rok jest przez nas, podobnie jak lata ubiegłe, bardzo skrupulatnie obserwowany. Stąd cotygodniowe spotkania w okresie szczytu zachorowań na grypę zwoływane przez Zespół do spraw Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, którego częścią jest Krajowy Komitet do spraw Pandemii Grypy. Przewodniczącym zespołu w imieniu pani minister zdrowia Ewy Kopacz jest podsekretarz stanu Adam Fronczak. Ja jestem zastępcą przewodniczącego zespołu i w takim charakterze dzisiaj sprawozdaję przed Wysoką Komisją i szanownymi słuchaczami.

I teraz chciałbym przedstawić raport z ostatnich trzech tygodni opierający się na cotygodniowych spotkaniach komitetu pandemii grypy.

Na wykresie mamy przedstawioną, według cotygodniowych meldunków, średnią dzienną zapadalność na grypę w sezonie 2010–2011 przypadającą na sto tysięcy ludności. W kolorze błękitnym została zaznaczona sytuacja tydzień do tygodnia od 1 września 2010 r., po lewej stronie, do 22 stycznia 2011 r., po prawej stronie.

Proszę zwrócić uwagę, że ostatni wysoki garb, który pojawia się na wykresie, oznacza sezon pandemiczny 2009–2010. Obecny wzrost zachorowań, szczyt, do którego się zbliżamy – prawdopodobnie nastąpi on za dwa, trzy tygodnie – zapewne nie przekroczy szczytu zachorowań, jaki został zanotowany w ubiegłym roku. Liczymy, że nie przekroczy on ośmiuset, dziewięciuset tysięcy zachorowań. W każdym razie takie są prognozy epidemiologów i krajowego konsultanta do spraw chorób zakaźnych.

Łączna liczba zachorowań na grypę w dniach 16–22 stycznia wyniosła pięćdziesiąt dwa tysiące osiemset dwadzieścia. W tygodniu wcześniejszym, czyli w dniach 8–15 stycznia, zanotowano trzydzieści pięć tysięcy zachorowań na grypę. W pierwszym zaś tygodniu stycznia było dwadzieścia cztery tysiące zachorowań na grypę. To jest przedostatnie przezrocze, na którym widać systematyczny wzrost zachorowań w sezonie gripowym w styczniu.

Tak jak powiedziałem, przewidujemy wzrost tych zachorowań. Wiąże się z tym również wzrost liczby ciężkich powikłań i skierowań do szpitali na oddziały intensywnej opieki medycznej. Grypa bowiem zbiera również to najgorsze żniwo, śmiertelne. Mimo ogromnych wysiłków lekarzy, dostępu do najlepszego sprzętu, obecności tego sprzętu w oddziałach intensywnej opieki medycznej, mimo dostępu w naszym kraju do nowoczesnych leków stosowanych na całym świecie grypa co roku zbiera swoje żniwo. Pierwsze zgony zanotowane w styczniu w tym roku to w pierwszym tygodniu trzy osoby, w drugim tygodniu sześć osób i w trzecim tygodniu czternaście osób.

Skąd biorą się zgony w grypie? W 99% są to zgony osób chorych na inne ciężkie schorzenia. W pojedynczych przypadkach, a mamy trzy takie przypadki wśród tej liczby zgonów, dotyczyły one osób w pełni zdrowych, niechorujących wcześniej na inne poważne schorzenia i nie mamy też informacji, żeby było inaczej. Ta liczba zgonów w stosunku do liczby zachorowań na grypę pokazuje nam, iż sezon epidemiczny przebiega łagodnie. W całym sezonie pandemii grypy w sezonie 2009–2010 zanotowaliśmy na terenie Polski sto osiemdziesiąt trzy zgony. W tym roku do tej pory w wyniku ciężkich powikłań mamy w sumie dwadzieścia siedem zgonów.

Szanowni Państwo, wysiłki lekarzy, intensywne leczenie, zwiększona liczba zgłoszeń, użycie leków przeciwwirusowych już w pierwszej, trzeciej dobie choroby, zastosowanie najnowocześniejszego sprzętu ECMO w tych sytuacjach, kiedy respiratory nie są w stanie podołać ciężkim powikłaniom płucno-sercowym, powodują, że liczba zgonów zdecydowania spadła w stosunku do lat ubiegłych. Polska, decyzją ministra zdrowia, została wyposażona w trzydzieści cztery aparaty ECMO, służące do leczenia intensywnego, wysokospecjalistycznego tych chorych, którzy mają powikłania płucno-sercowe, naczyniowe w trakcie zachorowania na grypę.

Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej w okresie grypy sezonowej skupia się przede wszystkim na nadzorze epidemiologicznym, biernym i czynnym, którym objęte są osoby zakażone, ich rodziny bądź bliscy, z którymi się oni stykają. Nadzór epidemiologiczny dotyczy również tych miejsc, w których odbywa się proces diagnostyki i leczenia zakażonych chorych. Stąd też obejmuje on również tak zwany biały personel.

Na podstawie zlecenia komitetu pandemicznego zebraliśmy informacje o chęci do szczepień w obszarze ochrony zdrowia, a więc wśród lekarzy, pielęgniarek, personelu pomocniczego i farmaceutów. Te zebrane dane zbiegły się z listem prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej z prośbą o dokonanie takich szacunków i wystymulowanie szczepień ochronnych wśród białego personelu. To wiązało się z informacjami medialnymi o zachorowaniach na grypę lekarzy i średniego personelu medycznego w szpitalach w Małopolsce. Chcę państwu przekazać informację, że spośród zebranych danych przez Państwową Inspekcję Sanitarną z wszystkich województw zaledwie około sześćdziesięciu tysięcy pracowników ochrony zdrowia chce się zaszczepić przeciwko grypie sezonowej. To w przypadku około dwustu tysięcy pielęgniarek i około stu tysięcy lekarzy, w sumie około siedmiuset tysięcy pracowników ochrony zdrowia, jest niezwykle mała liczba, bo stanowi ona 1%. Proszę zwrócić uwagę, że biały personel, który powinien mieć świadomość tego, że szczepienia są zbawienne, nie ma chęci im się poddać.

Jeśli chodzi o informacje dotyczące działań mających na celu promocję zdrowia i wszystkich innych działań prowadzących do ochrony populacji przeciwko zachorowaniom na grypę, to Państwowa Inspekcja Sanitarna w swoich zadaniach statutowych ma również wpisaną działalność edukacyjną i promocyjną. W zestawieniach dla pań-

stwa senatorów mamy przygotowane stosowne materiały. Mamy również dla państwa materiały informacyjne, które są dostępne na naszych stronach internetowych. Do każdej szkoły w Polsce trafia materiał „Nie daj się grypie” z krótką instrukcją na temat higieny kaszlu i kichania, zachowań dla rodziców i dzieci, czyli jest to kompendium wiedzy mające za zadanie trafić w ręce tych wszystkich, którzy powinni odnawiać sobie tę wiedzę co roku.

Ukazują się również spoty reklamowe w mediach publicznych. Jeden spot dotyczy higieny kaszlu i kichania. Drugi spot zachęca do szczepień.

Jeżeli można, prosiłbym o odtworzenie kilkunastosekundowego spotu, który pokaże nam, w jaki sposób przekazujemy tego typu informacje w mediach społeczeństwu. Jest to spot dostępny na naszych stronach internetowych, w telewizjach lokalnych publicznych i niepublicznych.

Dziękuję.

Kilkukrotne odtwarzanie tego spotu w czasie najwyższej oglądalności zadeklarowały telewizja publiczna, telewizje prywatne i lokalne. Jest to spot pobierany również bardzo często z naszej strony internetowej przez szkoły i odtwarzany na lekcjach biologii oraz na lekcjach wychowawczych. Próbujemy dotrzeć z tymi wiadomościami do jak najszerszego grona odbiorców.

Konkludując, sytuacja epidemiologiczna w kraju jest obecnie pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej i wzbudza szczególne zainteresowanie ministra zdrowia i Zespołu do spraw Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, a w nim komitetu pandemicznego grypy. Komitet pandemiczny grypy, w skład którego wchodzi przedstawiciele różnych resortów, organizuje cotygodniowe spotkania i przygotowuje raporty. Jest to ciało kilkudziesięcioosobowe, które zbiera się raz w tygodniu w środy o godzinie 14.00. Minister zdrowia codziennie na godzinę 13.00 otrzymuje raporty dotyczące wzrostu liczby zachorowań na grypę, ciężkich przypadków oraz liczby zgonów.

Jeśli pan przewodniczący i państwo zechcecie zadać jakieś pytania, jestem do dyspozycji. Dziękuję.

Senator Henryk Woźniak:

Dziękuję, Panie Ministrze, za tę wielką dawkę informacji i statystyki. Podzieliłem się z panem przewodniczącym Okłą taką oto refleksją, że często oglądam telewizję i lubię telewizję, ale chyba nie tak często, skoro nie zauważyłem tego spotu w telewizji, a rzeczywiście jest on bardzo, bardzo obrazowy i myślę, że oddziaływałby na wyobraźnię, gdyby można go było częściej zobaczyć w telewizji.

Dziękuję, Panie Ministrze.

**Główny Inspektor Sanitarny
Przemysław Biliński:**

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, powiem ad vocem. Faktycznie wszyscy mamy, jeśli chodzi o telewizję, opór przed oglądaniem reklam. Jeżeli one się pojawiają, odchodzimy od telewizora.

(*Głos z sali:* No właśnie, w tym zgiełku.)

I prawdopodobnie w tym czasie antenowym jest właśnie puszczone te kilkanaście sekund... Spróbujemy emisję tego spotu przesunąć na inną porę poza blok przeznaczony na reklamy.

Senator Henryk Woźniak:

Najlepiej przesunąć jego emisję w pobliżu prezentowania wiadomości czy pogody, bo pewnie z pogodą najczęściej kojarzą się tego rodzaju sytuacje, jak przeziębienia.
Pani profesor...

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Nie, teraz poprosiłbym panią dyrektor Korbasińską o zabranie głosu.
(*Senator Henryk Woźniak: Tak?*)
Tak, troszkę zmienimy kolejność.

Senator Henryk Woźniak:

Zmieniamy i pani dyrektor Korbasińska jest proszona o przedstawienie prezentacji.
Bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka
w Ministerstwie Zdrowia
Dagmara Korbasińska:**

Dzień dobry państwu.

Dagmara Korbasińska, Departament Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia.

Proszę państwa, to, z czym do państwa przyszedłam i co jestem państwu winna, to są informacje na temat tego, co się dzieje w resorcie zdrowia w zakresie szczepień ochronnych, czyli profilaktyki występowania chorób zakaźnych w naszym społeczeństwie poprzez stosowanie szczepień ochronnych. Oczywiście szczepienia ochronne są realizowane na podstawie kalendarza szczepień ochronnych, który jest ogłaszany systematycznie przez głównego inspektora sanitarnego na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia.

W tej chwili mamy do czynienia z taką oto sytuacją, że przygotowano projekt rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, nad którym miał procedować Główny Inspektorat Sanitarny. Procedowanie nad tym rozporządzeniem miało się zakończyć w ubiegłym roku, tak żeby obowiązujący kalendarz szczepień ochronnych był już dostosowany do nowych zasad określonych w tym rozporządzeniu. Niestety, wystąpiły problemy natury legislacyjnej i rozporządzenie utknęło w Rządowym Centrum Legislacji. Ciągłe nie możemy się porozumieć w pewnych kwestiach z legislatorami z RCL i to powoduje, że rozporządzenie nie zostało jeszcze podpisane i tym samym się nie ukazało.

Dlaczego to rozporządzenie jest takie istotne? Dlatego, że rozszerza ono po raz kolejny kalendarz szczepień ochronnych w zakresie stosowania szczepień przeciwko pneumokokom, czyli *streptococcus pneumoniae*. I tak, w 2008 r. rozporządzenie w tej sprawie zostało podpisane przez panią minister Kopacz i po raz pierwszy szczepienie

przeciwno pneumokokom zostało wprowadzone do naszego kalendarza szczepień ochronnych w grupach ryzyka. W tej chwili trwa procedowanie nad zmianą i mam nadzieję, że legislatorzy wreszcie zakończą prace nad tym rozporządzeniem i pani minister będzie mogła je podpisać. Są w tym rozporządzeniu rozszerzone wskazania i troszeczkę inaczej określone grupy ryzyka. Przede wszystkim rozszerzono grupy, które będą poddawane szczepieniom przeciwno pneumokokom. To rozszerzenie dotyczy przede wszystkim takich sytuacji, że będą szczepione wszystkie dzieci od drugiego miesiąca życia do ukończenia piątego roku życia. Dzieci urodzone przedwcześnie, czyli dzieci urodzone poniżej trzydziestego siódmego tygodnia ciąży, i dzieci urodzone z niską masą urodzeniową będą szczepione do ukończenia drugiego miesiąca życia. Czyli szczepieniem zostaną objęte wszystkie wcześniaki i wszystkie dzieci z niską masą urodzeniową. Szczepieniem tym będą objęte dzieci po urazach i z wadami ośrodkowego układu nerwowego przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego: zakażone wirusem HIV, przed planowanym przeszczepem lub po przeszczepie szpiku, narządów wewnętrznych lub wszczępieniu implantu ślimakowego, dzieci chorujące na przewlekłe choroby serca, schorzenia immunologiczno-hematologiczne, małopłytkowość idiopatyczną, ostrą białaczkę, chłoniaki, asplenię wrodzoną, dysfunkcję śledziony, po splenektomii, po leczeniu immunosupresyjnym, z przewlekłą niewydolnością nerek, z nawracającym zespołem nerczycowym, chorujące na pierwotne zaburzenia odporności, z chorobami metabolicznymi, w tym z cukrzycą, z przewlekłymi chorobami płuc, astmą.

Proszę państwa, mieliśmy do czynienia z taką sytuacją, że po pierwszym określeniu wskazań lekarze często mieli problemy z orzeczeniem, czy dane dziecko mieści się w grupie wskazań określonych w rozporządzeniu. Mam nadzieję, że zapis zaproponowany w tym znowelizowanym rozporządzeniu będzie na tyle – ten zapis jest szerszy – mocniej doprecyzowany, że lekarzom będzie łatwiej określać, które grupy dzieci mogą być objęte tymi szczepieniami. To jest stały problem w przypadku kierowania szczepień nie do całej grupy populacji, ale do dzieci z określonymi grupami schorzeń. Chodzi o właściwe kwalifikowanie, bo lekarz obawia się, czy przypadkiem nie zakwalifikuje niewłaściwie jakiegoś dziecka, i wobec tego może dojść do konieczności zwrotu kosztów. Mam nadzieję, że to doprecyzowanie spowoduje, iż kierowanie dzieci na szczepienia będzie przebiegało właściwie i będzie zdecydowanie lepsza wyszczepialność w tych grupach.

Proszę państwa, w tym kalendarzu szczepień ochronnych rozszerzono także katalog szczepień w innym zakresie. Otóż została wprowadzona możliwość szczepienia przeciwno ospie wietrznej w przypadku narażenia środowiskowego. Niestety, ten nasz kalendarz szczepień ochronnych nie może być nowocześniejszy przede wszystkim ze względów finansowych. Nowoczesne szczepionki są ogromnie kosztowne. W Ministerstwie Zdrowia jest ciągle analizowana kwestia, czy jest możliwe rozszerzenie tego kalendarza szczepień ochronnych i zwiększenie grupy dzieci objętych szczepieniem. Niestety, cały czas jest problem natury finansowej.

Chciałabym jednocześnie podkreślić, że pojawiają się też inne aspekty, które należy brać pod uwagę podczas przygotowywania polityki ministra zdrowia w tym zakresie, to jest na przykład pojawianie się wielowalentnych szczepionek przeciwno temu samemu schorzeniu. W przypadku pneumokoków mamy do czynienia z taką sytuacją, że na rynku jest kilka szczepionek, które chronią przed tym samym schorzeniem w różnym

zakresie. Jednocześnie wskazywanie na jedną szczepionkę może z jednej strony powodować zarzut, że minister zdrowia preferuje określonego wytwórcę, a z drugiej strony powodować zarzut, że nie możemy uzyskiwać korzystniejszego efektu cenowego. I dlatego właśnie jest konieczność prowadzenia odpowiedniej polityki w tym zakresie.

Proszę państwa, niestety, nie mogę państwu powiedzieć nic więcej o polityce zaproponowanej przez ministra zdrowia w tym zakresie także dlatego, że dość późno zostałam powiadomiona o tym spotkaniu i nie mam zgody kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, ministra zdrowia na przedstawienie tych informacji. Jestem po prostu zobowiązana do lojalności wobec mojego szefa. Informację o tym, że mam z państwem się spotkać i przyjechać na to spotkanie otrzymałam wczoraj w dość późnych godzinach południowych, to znaczy o godzinie 14.00. To była pora, która zablokowała mi możliwość uzyskania zgody na to, jak szeroką mogę państwu przekazać informację o podejmowanych działaniach w tym zakresie. Jestem urzędnikiem wykonującym pewne zadania i jestem zobowiązana do przekazywania tylko informacji w pełni potwierdzonych. I w związku z tym, że pewne kwestie są u nas jeszcze analizowane, to dopóki nie będę miała zgody ministra zdrowia, dopóty szerzej niestety, bardzo przepraszam, nie będę mogła państwu o tym opowiedzieć. Przykro mi, że z powodów organizacyjnych zostałam postawiona w takiej sytuacji.

To jest wszystko, co mogę w tej chwili państwu powiedzieć. Dziękuję bardzo. Przepraszam za taką sytuację.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Również dziękuję bardzo.

Gwoli wyjaśnienia chciałbym przekazać, że Ministerstwo Zdrowia zostało powiadomione o spotkaniu dwa tygodnie wcześniej, więc zaistniała sytuacja została spowodowana jakimś zaburzeniem komunikacji wewnątrz ministerstwa, ponieważ jak się...

(Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia Dagmara Korbasińska: Przepraszam, dwa tygodnie temu faktycznie dostałam faks, że jestem zaproszona na konferencję poświęconą przeszczepom.)

Tak, ale trzeba też powiedzieć, że o epidemiologii miał mówić pan minister Fronczak, ale jest na urlopie i niestety może dlatego doszło do pewnych nieporozumień, za co ja też przepraszam. Potem przejął to pan minister Rzemek, ale to już było bardzo późno.

Pani Sabina Szafraniec, prezes stowarzyszenia „Parasol dla Życia”, chciałaby powiedzieć parę słów.

Bardzo proszę o krótką i zwięzłą wypowiedź.

Prezes Zarządu

Stowarzyszenia Pomocy Rodzinom Dzieci Cierpiących na skutek Inwazyjnych Chorób Bakteryjnych „Parasol dla Życia” Sabina Szafraniec:

Dzień dobry.

Witam państwa bardzo serdecznie.

Nazywam się Sabina Szafraniec, jestem prezesem stowarzyszenia „Parasol dla Życia”, stowarzyszenia, które zrzesza dzieci poszkodowane przez infekcje pneumokokowe...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze.

Przepraszam, drobny problem techniczny.

Proszę państwa, tak szybko i krótko, stowarzyszenie założyłam po infekcji pneumokokowej mojego syna, który dzisiaj ma sześć lat, a zainfekował się bakterią pneumokoka, gdy miał dziewięć miesięcy. To zdarzenie legło u podstaw założenia stowarzyszenia, dlatego że podczas gdy lekarze walczyli o życie naszego dziecka, my jako rodzice byliśmy zupełnie sami. Założyłam to stowarzyszenie po to, żeby zrzeszać rodziców innych dzieci poszkodowanych przez pneumokoki, żebyśmy sobie nawzajem pomagali, żebyśmy się nawzajem wspierali. Celem stowarzyszenia jest niesienie pomocy, wsparcia rodzinom dzieci cierpiących na skutek inwazyjnych chorób bakteryjnych. Ci rodzice są bardzo często opuszczeni, osamotnieni, bez wsparcia psychologicznego, zagubieni w tym, co się stało, w tej walce o zdrowie i życie swoich dzieci. To pierwszy ważny filar naszych działań.

Drugim równie ważnym filarem naszych działań jest wspieranie dążeń do zapewnienia równego dostępu wszystkich dzieci do nowoczesnej profilaktyki chroniącej je przed zakażeniami. Robimy to na różne sposoby, o których powiem za chwilę. To są ważne działania, które są potrzebne, zwłaszcza w świetle problemu czy informacji, z którą dzisiaj do państwa przyjechałam i o której też za chwilę powiem.

Zajmujemy się również edukacją w zakresie zagrożeń wynikających z groźnych powikłań zakażeń bakteryjnych. Jako stowarzyszenie, oczywiście w ramach naszych możliwości, staramy się często na poziomie regionalnym organizować różnego rodzaju panele i spotkania dla rodziców, przyszłych rodziców, bo i takich zapraszamy, a także dla lekarzy w zakresie wiedzy dotyczącej infekcji pneumokokowych.

Nasze dotychczasowe działania, czyli to, co zrobiliśmy. Udział w sympozjach, konferencjach dotyczących zakażeń bakteryjnych. Wszędzie tam, gdzie rozmawia się o infekcjach pneumokokowych, staramy się jako stowarzyszenie być i uczestniczyć. Oczywiście nie we wszystkim udaje się nam uczestniczyć, ale jeżeli tylko mamy możliwość mówienia o tym głośno, staramy się to czynić.

Współorganizowaliśmy Europejski Tydzień na rzecz Szczepień. W tym roku miałam również przyjemność być zaproszona na pierwsze spotkanie robocze w sprawie organizacji Europejskiego Tygodnia na rzecz Szczepień w roku 2011. Mamy nadzieję, że się uda i że odbije się szerokim echem w polskich mediach. Jeżeli chodzi o odbicie się echem na świecie, to już może oczekiwanie za duże, ale dobrze byłoby, żeby przynajmniej w Polsce, tak by dotrzeć do wielu małych miejscowości, w których będziemy mogli propagować wiedzę na temat szczepień powszechnie rozumianych, nie tylko pneumokokowych, bo przecież Europejski Tydzień na rzecz Szczepień dotyczy nie tylko pneumokoków.

Staramy się w miarę naszych możliwości finansowych pomagać członkom stowarzyszenia. Pozyskiwanie sponsorów dla stowarzyszenia jest bardzo trudne. Każdy, kto działa w organizacji pozarządowej, wie, jak ciężko jest zdobyć pieniądze. Rodziny, które są w naszym stowarzyszeniu, są rodzinami biednymi, dlatego że dzieci będące w ciężkim stanie wymagają nieustannej rehabilitacji i wsparcia medycznego. To pochłania ogromne ilości pieniędzy, a dotacje przewidziane przez państwo są zdecydowanie niewystarczające jak na potrzeby tych dzieci.

Bierzemy udział w różnego rodzaju spotkaniach. Piszemy petycje, apele, listy. Wiemy, że jest zgoda co do konieczności powszechnych szczepień i że nie ma na to

środków. Jesteśmy tym faktem jako stowarzyszenie i jako rodzice zrzeszeni w tym stowarzyszeniu strasznie poruszeni, ponieważ są to sprawy ważne i nikt, kto nie zaliczył infekcji pneumokokowej u swego dziecka, nie jest w stanie zrozumieć tak naprawdę ogromu zniszczeń, jakie ta bakteria czyni w organizmach dzieci. I dlatego tak bardzo zależy nam na tym, żeby znalazły się na to środki. Bierzymy udział, również w tym celu, w różnego rodzaju organizowanych seminariach.

Mam przyjemność być u państwa po raz trzeci. Goszczę tu trzeci raz po to, by po raz trzeci mówić o tym samym, czyli o tym, że powinno się doprowadzić, przynajmniej w naszej ocenie jako zupełnych laików, do zmiany formy finansowania kalendarza szczepień ochronnych, ponieważ dopóki szczepienia będą finansowane przez Ministerstwo Zdrowia w kategorii określanej mianem „inne”, dopóty szanse na to, że szczepienia przeciwko pneumokokom obejmą wszystkie dzieci, czyli całą populację dzieci rodzących się, a nie tylko dzieci z grup ryzyka, tak realnie oceniając, są małe. I dopóki nie zmieni się forma finansowania, a to pociąga za sobą zmiany ustawodawcze, nie przewidujemy raczej, żeby wszystkie dzieci miały równe szanse, by chronić się przed pneumokokami.

Zapelowaliśmy w 2009 r. do Sejmu o wpisanie szczepień przeciwko pneumokokom do kalendarza szczepień obowiązkowych. To już było w 2009 r.

To, z czym dzisiaj do państwa przyjechałam i co bardzo mnie zaniepokoiło i rodziców zrzeszonych w naszym stowarzyszeniu, to jest przetarg rozpisany i zawieszony na stronie internetowej Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministerstwie Zdrowia na zakup szczepionek przeciwko pneumokokom, przewidujący szczepienie dzieci w następujących grupach wiekowych: od urodzenia do drugiego roku życia i od urodzenia do piątego roku życia. Rozumiem argumentację mojej przedmówczynie, pani Korbaśńskiej, że istotne jest, żeby nie było zarzutu, że jest optowanie za jedną firmą. Ja to wszystko rozumiem, tylko że podział przebiega w sposób, który jest po prostu nie do przyjęcia. Dlatego, że część dzieci, między urodzeniem a drugim rokiem życia, będzie zaszczepiana dostępną na rynku dziesięciowalentną szczepionką, a część dzieci, między urodzeniem a piątym rokiem życia, będzie zaszczepiana dostępną na rynku trzynastowalentną szczepionką. Efekt będzie taki, że dzieci zaszczepione dziesiątką nie będą mogły być dodatkowo zaszczepione trzynastką, a dzieci zaszczepione trzynastką będą mogły powiedzieć, że miały szczęście. Wydaje mi się, że ten przetarg jest więcej niż krzywdzący dla dzieci w grupie między urodzeniem a drugim rokiem życia. Cały problem polega na tym, że w przypadku tak rozpisanego przetargu nie jesteśmy w stanie w żaden sposób zagwarantować dzieciom najlepszej i najszerzej ochrony przeciwko pneumokokom, ponieważ to lekarz będzie arbitralnie decydował o tym, jaka szczepionka ma być wybrana dla dziecka. I taka informacja znalazła się w ramach odpowiedzi do pytań zadanych do tego przetargu, co można przeczytać na stronie internetowej, że decydemtem w zakresie, jaka szczepionka ma być wybrana dla danego pacjenta, będzie lekarz.

Kolejna sprawa. Przetarg w obecnej wersji ogranicza równy i sprawiedliwy dostęp dzieci do najszerzej ochrony przeciwko pneumokokom. Może to doprowadzić do sytuacji, że na przykład dziecko zaszczepione trzynastowalentną szczepionką przyniesie do domu zjadliwy serotyp 19A i zarazi dziecko zaszczepione dziesięciowalentną szczepionką, bo ono nie będzie odporne na serotyp 19A. Oczywiście efekt jest łatwy do przewidzenia. Rodzice będą mieć po prostu pretensje do lekarza, bo przecież dziec-

ko zostało zaszczepione na pneumokoki, ale zostało zaszczepione dziesiątką. No tak, tylko że miało pecha – i tak to należy określić – bo na przykład starszy brat czy młodszy brat, nieważne... Bo teraz chorują dzieci nie tylko w tym przedziale od urodzenia do drugiego roku życia, lecz również chorują dzieci w przedziale od urodzenia do piątego roku życia. Przyjęłam niedawno do naszego stowarzyszenia dziecko, a właściwie rodziców dziecka, które zachorowało w wieku sześciu lat na pneumokoki. W każdym razie rodzice będą mieli pretensje do lekarza, który zaszczepił dziecko dziesiątką, o to, że dziecko zachorowało z powodu serotypu 19A, a lekarz rozłoży ręce.

Pozwoliłam sobie na taką uwagę, bo jako osoba reprezentująca organizację pozarządową niezwiązaną zupełnie z nikim oraz jako osoba mówiąca w imieniu rodziców i to w dodatku rodziców, którzy przeszli przez piekło tej infekcji, w ten sposób – sędzę, że mogę tak powiedzieć – ośmieszamy nasz kraj, jeżeli dojdzie do tego dziwnego, chorego podziału. Jak patrzę na rankingi i widzę, że znajdujemy się totalnie w europejskim ogonie, jeżeli chodzi o szczepienia, to jest mi po prostu wstyd. Mnie jest wstyd. A wszędzie głosimy, że Polska dba o swoje dzieci i je kocha. To jest po prostu żenujące. Mądrzejsi ode mnie, pani profesor Hryniewicz, pani profesor Bernatowska, której tutaj nie ma, mówią, że w przypadku tej lekooporności pneumokoka musimy zrobić wszystko, żeby zapewnić dzieciom bezpieczeństwo, a jedyną formą zapewnienia im bezpieczeństwa są szczepionki.

I ostatnia kwestia. Zrzucamy odpowiedzialność za wybór szczepionki na lekarzy. To nie tylko rodzi obawę, nawet we mnie jako laiku, ale postępującym zgodnie z logiką, że o tych lekarzy będą się bić firmy, bo będą się przepychać, którą szczepionkę lekarz powinien zastosować. To pierwsza kwestia. A po drugie, to po prostu na lekarza, nawet gdy lekarz będzie stosował szczepionkę i nie będzie pod żadną presją, będzie spadała odpowiedzialność, czy zaszczepić dziecko dziesięciowalentną czy trzynastowalentną szczepionką.

Wreszcie, jeżeli przetarg będzie zakończony w taki sposób, że w obiegu będzie dziesiątka dla grupy dzieci od urodzenia do drugiego roku życia, a trzynastka dla grupy dzieci od urodzenia do piątego roku życia, to lekarz rozsądnie myślący, mając do wyboru dziesiątkę i trzynastkę, wybierze trzynastkę. I w tym wyborze zupełnie nie będzie kierował się tym, kto jest producentem dziesiątki, a kto jest producentem trzynastki. Postąpi zgodnie z logiką, ponieważ trzynastka daje szersze pokrycie, jedyne dostępne na rynku. I jeśli będzie szczepionka szesnastowalentna, dwudziestowalentna czy dwudziestopięciowalentna, to wybierze jedną z nich, ale teraz najszersze pokrycie ma szczepionka trzynastowalentna.

I teraz odniosę się do kwestii gospodarności. Jeżeli będą używane trzynastki, a dziesiątki będą leżeć odłogiem – nie mówię, że to będzie nagminne, ale przedstawiam hipotetyczną sytuację – to te dziesiątki nie zostaną użyte, a jak nie zostaną użyte, to trafią do kosza. To jest po prostu zwykła niegospodarność, to jest wyrzucanie zupełnie niepotrzebnie pieniędzy w błoto. Wiem, że użyłam bardzo dużo mocnych słów, ale jestem tutaj trzeci raz i jestem jako rodzic zdesperowana. Ja za każdym razem przyjeżdżam tutaj z coraz większym gronem rodziców, którzy przystępują do stowarzyszenia, rodziców dzieci okaleczonych, rodziców dzieci, które umarły, i jest to po prostu przynębiające.

Jestem mamą sześciolatka, który jest chroniony szczepionkami na wszelkie możliwe sposoby, na tyle, na ile mogłam mu zapewnić tę ochronę, a za chwilę będę

mamą następnego dziecka i zapewniam, że będę szczepiła swoje dziecko na wszelkie możliwe choroby, na które są szczepionki, w tym również będę szczepiła je przeciwko pneumokokom. Moje dziecko, które się narodzi, ma to szczęście, że jego mama jest wyedukowana pod tym względem, że po prostu wie, jak to dziecko chronić. Nie wszystkie mamy to wiedzą, nie wszystkie mamy są wyedukowane. Staramy się do nich dotrzeć i w tym zakresie powinno nam pomóc państwo. Gdyby szczepionki przeciwko pneumokokom były obowiązkowe, to ta informacja dotarłaby do wielu matek, które teraz nie wiedzą o tym, i dzieci po tej infekcji byłyby chronione przed strasznym koszmarem okaleczeń i powikłań, których w żaden sposób nie da się cofnąć. Nie da się bowiem cofnąć wodogłowia stacjonarnego, ataków padaczki, która jest lekooporna, i zaniku tkanki mózgowej. To są powikłania po zakażeniach pneumokokami. Nie da się cofnąć niemówienia, niesłyszenia, niedowidzenia, niedorozwoju umysłowego, niedorozwoju fizycznego czy porażenia kończyn. To są rzeczy nieodwracalne. To są poważne urazy neurologiczne. Ja mam takie dzieci w stowarzyszeniu i to mnie po prostu przeraża. Za każdym razem, gdy odwiedzam ich rodziców, po prostu mam łzy w oczach, tylko staram się tego nie okazywać, ponieważ tym rodzicom i tak jest ciężko. Staram się ich wspierać, staram się im pomagać, dlatego tak bardzo apeluję o to, aby ten przetarg został jeszcze raz przemyślany. Przetarg przecież można unieważnić. Powinien być rozpisany jeszcze raz po rozważeniu wszystkich za i przeciw. Ja naprawdę rozumiem argumenty pani Korbasińskiej, ale nie przekonuje mnie argument, że to lekarz ma decydować o tego typu szczepieniu. Wybierzmy jedną szczepionkę i niech to będzie szczepionka dobra dla dzieci.

Poza tym argumentacja, którą również usłyszałam, że to jest bardzo droga szczepionka. Mówię o tej najskuteczniejszej szczepionce, czyli o trzynastowalentnej. Wszyscy doskonale wiedzą, że jeżeli jest ogłoszony przetarg – sama jestem prawnikiem, więc też biorę w tym udział – to wiadomo, że oferujący w przetargu schodzi z ceny. To jest naprawdę kwestia rozmów. Dziękuję za uwagę.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Dziękuję bardzo.
Będziemy się później odnosić.
Czy chce pani ad vocem?
Proszę uprzejmie.

**Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka
w Ministerstwie Zdrowia
Dagmara Korbasińska:**

Proszę państwa, faktycznie to jest bardzo duży problem wynikający z tego, że na rynku są dostępne dwie szczepionki, które chronią w różnym stopniu i które skierowane są do różnej grupy dzieci. Jedna szczepionka może być stosowana tylko u dzieci do drugiego roku życia, druga szczepionka zaś może być stosowana u dzieci do piątego roku życia. W związku z tym jeżeli podjąłabym decyzję o rozpisaniu jednego przetargu na zakup szczepionki dla dzieci od urodzenia do piątego roku życia, zrobiłabym w ten sposób, że wskazałabym automatycznie firmę, od której chcę kupić szczepionkę. Występowałam w tej sprawie do Urzędu Zamówień Publicznych, żeby się zapytać, czy

w ogóle takie rozwiązanie jest dopuszczalne. Być może to też wynika z tego, że bardzo trudno zrozumieć, jaka jest różnica pomiędzy zakresem odporności budowanych przez jedną szczepionkę a zakresem odporności budowanych przez drugą szczepionkę. W każdym razie uzyskałam informację, że w opinii tego ciała byłoby to różnicowanie naruszające zasady konkurencji. Wobec tego zdecydowałam się na rozpisanie dwóch przetargów. W pierwszym przetargu, w którym mogłaby występować jedna i druga firma, więc zaistniałoby zjawisko konkurencji, mogłabym oczekiwać kupna szczepionki po niższej cenie, a w drugim przetargu, w którym występowałaby tylko jedna firma, dokupywałamby szczepionkę dla dzieci pomiędzy drugim a piątym rokiem życia. Czyli, jeżeli kupowałabym szczepionkę dla większej grupy dzieci, dwie firmy konkurowałyby między sobą i wtedy miałabym możliwość uzyskania niższej ceny.

Jeżeli mogę, to przedstawię to na przykładzie innego przetargu na zupełnie inną szczepionkę, który właśnie został unieważniony w Ministerstwie Zdrowia z tego powodu, że złożone oferty przekraczały zakres środków finansowych, które na ten cel przeznaczyła minister zdrowia. W tym akurat przypadku mamy do czynienia z taką sytuacją, że szczepionki dostępne na rynku są produkowane przez trzech wytwórców. W momencie złożenia oferty najtańsza oferta przekraczała możliwości, sumę, jaką minister zdrowia przeznaczyła na zakupienie tego rodzaju szczepionki, o 3 miliony zł. Jeżeli unieważniłam ten przetarg, to poza tym, że być może kupię za tyle, na ile mnie stać, biorąc pod uwagę, że wszystkie firmy znają ceny, jakie zaproponowały, wiadomo, że w następnym przetargu będą się tak zachowywać, żeby zaproponować niższą cenę.

Jeżeli zainteresowana jest jedna firma, która dyktuje warunki, to ja po prostu taką cenę, jaką ona proponuje za szczepionkę, chcąc nie chcąc, muszę zapłacić. Jeżeli zainteresowane są dwie firmy, to one muszą między sobą zaproponować cenę, która będzie korzystna z ich punktu widzenia.

Nie ukrywam, że chciałabym kupić dla dzieci jak najlepszą, najkorzystniejszą szczepionkę, ale wolę kupić szczepionkę, niż znaleźć się w sytuacji, że po prostu nie będzie mnie stać na zakup szczepionki za środki, które są dostępne w budżecie państwa. Mam określoną pulę środków i staram się prowadzić taką politykę, żeby móc zakupić te szczepionki, a jednocześnie naprawdę nie mogę różnicować i wskazywać, że chcę je kupić tylko u tego podmiotu, jeżeli są dwa podmioty dostępne na rynku. Stąd też w ten sposób został rozpisany przetarg. Rozumiem, że prowadzenie takiej polityki jest bardzo trudne, ale ono jest nastawione po prostu na to, żeby móc zakupić tę szczepionkę dla wszystkich dzieci, żeby ona była dostępna i żeby można było to szczepienie realizować.

Proszę zwrócić uwagę, że jednocześnie mamy do czynienia z taką sytuacją, w której pozyskiwaniu środków na rozszerzenie kalendarza szczepień towarzyszy zupełnie inny element, czyli bardzo silne ruchy antyszczepieniowe. A więc próbujemy prowadzić politykę wśród – przepraszam za określenie – bardzo wyrafinowanych graczy, którzy są bardzo dobrze przygotowani do prowadzenia postępowania na rynku podmiotów, takich jak firmy farmaceutyczne. To, że mówię „wyrafinowani gracze” nie oznacza, że ja nie szanuję tych podmiotów. Wręcz przeciwnie, bardzo szanuję, a to dlatego, że wiem, iż Departament Matki i Dziecka, w którym tak naprawdę jedna osoba prowadzi działania dotyczące szczepień, nie będzie nigdy tak dobrze przygotowany jak firmy stosujące specjalną strategię, przygotowując się do każdego przetargu. Mam więc naprzeciwko siebie z jednej strony bardzo silnego, mocnego ekonomicznie i merytorycznie partnera,

a z drugiej strony bardzo silne ruchy antyszczepieniowe. I w tej sytuacji staram się pozyskiwać środki na rozszerzenie kalendarza szczepień. Staram się za pomocą różnych działań, na tyle, na ile można, rozszerzać i unowocześniać kalendarz szczepień. Jednocześnie jest bardzo duża grupa osób, która twierdzi, że szczepienia są w ogóle niepotrzebne i która prowadzi w tym celu bardzo dużą kampanię. Wiem, że państwo są osobami, które nie rozumieją tych działań, ale te działania są prowadzone. Państwo senatorowie doskonale o tym wiedzą, jak ta kampania była wielka w pewnym okresie. Polegała ona na tym, że każdy z państwa dostał publikację na temat tego, jakie zagrożenia stanowią szczepienia, podczas gdy ja u osób nastawionych na te wszystkie działania staram się pozyskiwać środki i po prostu tak postępować, żeby na to, co mam wykonać, starczyło mi pieniędzy, to znaczy na to, żeby móc zaszczepić dzieci.

Wiem, że jest bardzo duża różnica pomiędzy tymi szczepionkami. Ale proszę zwrócić uwagę, że w tym przetargu na szczepionki dla dzieci do drugiego roku życia może wystartować i to na równych zasadach zarówno jeden, jak i drugi podmiot. Ponieważ grupa dzieci do drugiego roku życia jest dużo większą grupą niż grupa dzieci doszczepiana pomiędzy drugim a piątym rokiem życia, jest, że tak powiem, dużo cenniejszym kąskiem dla firm farmaceutycznych. Wobec tego każdej z tych firm zależy w takim samym stopniu na tym, żeby wygrać przetarg dla tej grupy. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję pani dyrektor.

Proszę teraz panią profesor o przedstawienie aktualnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie schorzeń pneumokokowych.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Mikrobiologii Lekarskiej Waleria Hryniewicz:

Szanowni Państwo!

W moich wynikach nie będzie emocji, ale wyniki, które pokażę, mogą wzbudzić bardzo duże emocje.

Reprezentuję Krajowy Ośrodek Referencyjny do spraw Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego, a także inwazyjnych zakażeń, więc posiadamy...

(*Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:* Pani Profesor, proszę usiąść, będzie pani wygodniej.)

Nie umiem mówić na siedząco, ale spróbuję.

Powiem tylko gwoli przypomnienia parę słów, bo w pierwszej części mówiliśmy dużo o przeszczepach, o problemach osób, które potrzebują przeszczepów. Przedstawię państwu dane. Pneumokok to jest największy zabójca na świecie, zabija więcej ludzi na świecie niż gruźlica, HIV i wszystkie biegunki razem wzięte. Powoduje choroby inwazyjne i te są właśnie przyczyną największej zachorowalności, powikłań i śmiertelności. To jest głównie posocznica, sepsa, zapalenie otrzewnej, zapalenie płuc z bakterią – to bardzo ważna przyczyna zgonów, i to nie tylko wśród małych dzieci – i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Jak państwo widzą, milion sześćset tysięcy osób umiera rocznie na świecie z powodu pneumokoków. Spośród nich około miliona to są osoby poniżej piątego roku

życia. Najwięcej zachorowań dotyka skrajnych grup wiekowych. Główny czynnik zjadliwości stanowi otoczka z wielocukru otaczająca komórkę i niestety ta otoczka jest ogromnie zróżnicowana, ponieważ mamy ponad dziewięćdziesiąt serotypów o różnej otoczce. Czyli idealna szczepionka powinna zawierać dziewięćdziesiąt trzy różne wielocukry, co jest technicznie niemożliwe. Mamy nadzieję, że w przyszłości będziemy dysponować taką szczepionką, która obejmie swoją skutecznością wszystkie serotypy.

I dzięki znakomitym wynikom monitorowania w Stanach Zjednoczonych powstała koncepcja, żeby zobaczyć, co najczęściej powoduje zakażenia. Okazało się, że w 1999 r. siedem serotypów spowodowało najwięcej inwazyjnych i wieloopornych zakażeń w Stanach Zjednoczonych. Tak się urodziła pierwsza szczepionka koniugowana, która może być podawana najmłodszym dzieciom, czyli dzieciom powyżej drugiego miesiąca życia. Ale zauważono, że jest zmienna epidemiologia i każdy kraj powinien wiedzieć, z czym ma do czynienia na swoim terenie.

Chciałabym jeszcze powiedzieć o jednej kwestii, którą możemy obserwować na co dzień. Przed przyjsciem do państwa konsultowałam kolejny raz przypadek pneumokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i z antybiogramu wynikało, że nie ma czym leczyć. Padło pytanie: Pani Profesor, co mamy zrobić? Moja odpowiedź była następująca: eksperymentalna terapia i modlić się. Codziennie mamy przypadki takich ciężkich zakażeń.

Na czym polega jeszcze trudność w opanowaniu pneumokoków? Są wielooporne, mają bardzo zjadliwe serotypy. Co więcej, potrafią zmieniać swoje zewnątrz, a więc, że tak powiem, uciekać przed układem immunologicznym, nawet w przypadku szczepień. To był sukces amerykański, który spowodował ogromne zainteresowanie tą szczepionką i popyt na nią, bo, jak państwo widzicie, tę szczepionkę wprowadzono w Stanach Zjednoczonych 2000 r. i liczba zachorowań gwałtownie spadła.

Ale chciałabym jeszcze wspomnieć o jednej, ogromnie ważnej sprawie. Otóż uzyskaliśmy to, co jest szczególnie ważne w przypadku szczepionek, tak zwaną odporność populacyjną. O 55% spadły zakażenia na inwazyjną chorobę pneumokokową u dorosłych, a więc u tych, którzy opiekują się dziećmi, czyli u dziadków, u starszych rodziców, itd., itd. I to jest rzeczywiście niezwykle ważna rola tej szczepionki, że ona również zapobiega nosicielstwu. A musicie państwo wiedzieć, że nosicielstwo wśród dzieci może dotyczyć nawet 50–60%. Dzięki temu, że były to najczęściej wielooporne szczepy spadła również oporność na antybiotyki, czyli możemy łatwiej leczyć, jeśli już wystąpiło zakażenie.

Niemniej jednak po iluś latach stosowania szczepionki i dzięki monitorowaniu okazało się, że pojawiają się nowe serotypy, bo, jak państwo pamiętacie, tylko siedem z dziewięćdziesięciu trzech serotypów było reprezentowanych w tej szczepionce. Powstała więc koncepcja dwóch kolejnych szczepionek koniugowanych, dziesięciowalentnej, o której była dziś mowa, i trzynastowalentnej. I jak państwo widzicie, świat nie wygląda tak samo, nie tak samo dobrze i nie tak samo źle, bo te szczepionki pokrywają różne szczepy i to w różnych częściach świata, na przykład siódemka tylko 39% szczepów występujących w Afryce. W związku z tym musimy cały czas obserwować sytuację w tym zakresie.

Polska ma dwa systemy rejestracji zakażeń inwazyjnych. Na podstawie raportów Państwowej Inspekcji Sanitarnej przesyłanych do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny i dzięki decyzji ministra zdrowia

z 1997 r. udało się ustanowić Krajowy Ośrodek Referencyjny do spraw Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego, tak jak to ma miejsce w większości cywilizowanych krajów Europy i w innych częściach świata.

Na początku proszę zwrócić uwagę na czerwony laboratoryjny, czyli dostajemy szczep, próbkę od chorego. Możemy wszystko powiedzieć, możemy serotypować, możemy nastawić wrażliwość na antybiotyki itd., itd. I tu muszę z dumą powiedzieć, Panie Ministrze, że nasz system jest w tej chwili wydolniejszy. Mówię o tym, bo mamy coś, co z kolei świadczy o tym, że system jest jeszcze ciągle niewydolny, mianowicie mamy więcej szczepów niż zgłoszonych zakażeń do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, co na pewno wymaga podjęcia pewnych działań.

Chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na ciekawą kwestię. Otóż ten cały system bardzo źle w Polsce funkcjonował. Został on naprawiony w wyniku epidemii meningokokowych. Wszyscy zaczęli się bać, lekarze zaczęli pobierać materiał, który zaczęto do nas przysyłać. Gdyby na to spojrział wytrawny epidemiolog, powiedziałby: epidemia jest w Polsce, bo w 1997 r. było tyle zakażeń, a teraz mamy tyle.

Co jeszcze zrobiliśmy? A więc zwiększone zainteresowanie, wiedza, świadomość lekarzy i pacjentów poprawiła system monitorowania. Ale postanowiliśmy, obserwując inne kraje Unii, doprowadzić do wzmocnienia tego systemu i założyliśmy sieć BINet, czyli Ogólnopolską Sieć Monitorowania Inwazyjnych Zakażeń Bakteryjnych. W tej chwili mamy około stu pięćdziesięciu szpitali regularnie z nami współpracujących, dlatego mogę powiedzieć z dumą, że te dane, które państwu pokażę, są danymi już wiarygodnymi.

Jak wygląda zapadalność na zakażenia pneumokokowe? Widać wyraźnie, że mamy dwie grupy, które są najbardziej narażone na zakażenia pneumokokowi: powyżej sześćdziesiątego roku życia, sześćdziesiątego piątego roku życia. W ich przypadku mamy do czynienia głównie z zapaleniami płuc. Notabene te grupy są szczepione również w Stanach Zjednoczonych, ale szczepionką wielocukrową. Czyli w tych dwóch wymienionych przez ze mnie grupach jest największa zapadalność na zakażenia pneumokokowe.

Chciałabym państwu zwrócić uwagę na tę tabelkę, która mnie osobiście napawa lękiem i to z dwóch powodów. Po pierwsze, jak państwo widzicie, było siedemset dwadzieścia pięć przypadków w ciągu czterech lat. To nie jest dziesięć przypadków, nikt nie powie, że to jest parę przypadków w Polsce. Panie Ministrze, ponieważ my nie otrzymujemy w tych zgłoszeniach danych na temat zgonu z powodu choroby, nie możemy powiedzieć, czy chory na inwazyjną chorobę pneumokokową miał powikłania, czy doszło do zgonu. Co więc zrobiliśmy? Zawzięliśmy się. Udało nam się uzyskać informację, że w dwustu osiemdziesięciu czterech przypadkach z tych siedmiuset dwudziestu pięciu przypadków doszło do tak zwanego zejścia choroby. Uzyskaliśmy te dane w sposób dosyć nieprofesjonalny, to znaczy jedna osoba siedziała przy telefonie i błagała o możliwość zajrzenia do archiwum i powiedzenie, co się stało.

I proszę zwrócić uwagę na te dane. Co czwarte dziecko do drugiego roku życia zmarło, czy my sobie z tego zdajemy sprawę, a 59% dorosłych zwłaszcza z powodu zapalenia płuc z bakteriami. Jakiego rodzaju to jest problem, natury medycznej, diagnostycznej i terapeutycznej? A jeśli państwo do tego dołożycie, bo to jest jedna z przyczyn, oporność na główne antybiotyki, które mają wskazania w leczeniu zakażeń inwazyjnych, to zobaczycie, że w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych 40% pa-

cjentów nie może być leczonych penicyliną, a ponad 20% pacjentów cefalosporynami trzeciej generacji, które są lekami ostatniej szansy. Proszę zwrócić uwagę, że meropenem, czyli stosunkowo niedawno wprowadzony antybiotyk z grupy karbapenemów, jest również nieskuteczny. Czyli jest to sytuacja wyjątkowa w skali Europy i naprawdę może budzić przerażenie.

Mamy dwie szczepionki. Chciałabym pani dyrektor powiedzieć, że nie są to szczepionki kompatybilne w tym sensie, że nie mamy badań, które mówiłyby, że dwa razy szczepimy jedną, trzeci raz drugą. Nie, na to nie ma potwierdzonych danych, więc istnieje ryzyko, że jeśli zaszczepimy dzieci w końcu drugiego roku życia, to trzeciej dawki nie mogą dostać, bo nie ma czym.

Proszę zwrócić uwagę na pokrycie szczepionkowe. Niewątpliwie, tak jak było to już mówione, trzynastka musi pokrywać więcej serotypów niż dziesiątka. W 2010 r. ta sytuacja jeszcze bardziej się zmieniła, bo, jak mówiłam, pojawiły się nowe serotypy w Stanach Zjednoczonych, nowe serotypy w Europie Zachodniej, a w związku z tym, że podróżujemy, przewozimy te szczepionki w naszym nosogardle na dalekie odległości i wszystko to może prowadzić do globalnej epidemii.

Co więcej, jeśli zaszczepimy dziesięciowalentną szczepionką, mamy spadek zakażeń na inwazyjną chorobę pneumokokową o 71%, a jeśli trzynastowalentną szczepionką, to ten spadek jest o 88%. I tu bardzo ważna informacja. To są serotypy, które dodaliśmy do serotypu 7. Nie ma tutaj, jak państwo widzicie, serotypu 5. I tu muszę powiedzieć, że jest bardzo ważne, aby były pieniądze na monitorowanie, dlatego że w ogóle nie mamy serotypu 5 w Polsce. Czyli to, co bywa w innych krajach, niekoniecznie musi być reprezentowane w Polsce. Ale proszę zwrócić na serotyp 3, czyli jeden z najbardziej dramatycznych serotypów, serotyp 1, serotyp 7 i serotyp 19. Ani serotyp 19, ani serotyp 6, ani serotyp 19A, ani serotyp 6A nie są obecne w szczepionce dziesięciowalentnej.

Jeśli państwo spojrzycie na zgoni i serotypy odpowiedzialne za najwięcej zgonów, to już zauważycie, że to jest serotyp 3. I to samo było w 2010 r.: serotyp 3, serotyp 19A, serotyp 14 i serotyp 19F. To są te serotypy, które są obecne wyłącznie w szczepionce trzynastowalentnej. Tu mamy to samo, tylko w inny sposób przedstawione. Widzicie państwo, mamy wyleczenie, zgon i znowu serotyp 19, serotyp 3, serotyp 6 i serotyp 6B. To są serotypy najbardziej zjadliwe, które powodują największą liczbę zgonów i powikłań.

Podsumowując, inwazyjna choroba pneumokokowa stanowi bardzo poważny problem zdrowotny w Polsce. Bakteria *streptococcus pneumoniae* odpowiada za wysoką zachorowalność i śmiertelność. Szczególnie cechują ją wysoka oporność na antybiotyki, co jest naprawdę ewenementem. Kiedy pokazałam to w ECDC, Europejskim Centrum Kontroli i Prewencji Chorób, to zapadła cisza. Oporność na antybiotyki wywołujące zakażenia u dzieci stanowi poważny problem terapeutyczny. Podobnie jak w innych krajach, większość zakażeń wywołuje ograniczona liczba serotypów. I to, co pokazywałam, jeśli spojrzymy na pokrycie szczepionkami koniugowanymi grup dzieci poniżej drugiego i piątego roku życia, to zobaczymy, że dziesiątka pokrywa 78%, dlatego że jest tylko zarejestrowana dla grupy do drugiego roku życia, a trzynastka 88%. Jak państwo widzicie, w roku 2010 mieliśmy nawet 97%.

Największą śmiertelnością charakteryzują się serotypy 19A, 3, 6B i 6A. Trzy z tych serotypów nie są obecne w dziesiątce. Ciągłe monitorowanie jest bezwzględnie

wymogiem oceny i ukierunkowanego reagowania na pojawiające się zagrożenia ze strony drobnoustrojów. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie IChP, czyli inwazyjnej choroby pneumokokowej, w Polsce wskazuje na pilną – zresztą tak jak tu pani mówiła: my się tu spotykamy trzeci raz – potrzebę wprowadzenia szczepionki koniugowanej przeciw pneumokokom do Programu Szczepień Ochronnych, bo sytuacja jest naprawdę poważna. Jesteśmy chyba jednym z niewielu już krajów Unii, które nie wprowadziło tych szczepień.

Chciałabym na koniec podziękować wszystkim tym, którzy biorą udział w tych badaniach, bo to cały sztab ludzi pracuje nad tymi skomplikowanymi i wymagającymi bardzo dużego zaangażowania badaniami. Przychodzimy w soboty i w niedziele, żeby przyspieszyć wynik i jak najszybciej przekazać go lekarzowi, bo liczą się nawet nie godziny, ale minuty. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo serdecznie dziękuję za przedstawienie tak ważnego problemu w sposób zwięzły, ale bardzo dla nas czytelny.

Bardzo proszę panią profesor Marię Borszewską-Kornacką o zabranie głosu i przedstawienie kwestii dotyczącej wcześniaków w kontekście zakażenia pneumokokowego.

Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Maria Borszewska-Kornacka:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Dziękuję bardzo za zaproszenie.

Goszczę u państwa po raz pierwszy. Jestem neonatologiem i chcę powiedzieć parę słów na temat najważniejszej dla mnie grupy dzieci, będącej również grupą największego ryzyka.

Chcę państwu uświadomić, jaka to jest grupa i czym my neonatolodzy na co dzień tak naprawdę się zajmujemy. Niestety, nie wszystkie dzieci rodzą się zdrowe, ale to, co stanowi największe wyzwanie neonatologii, to jest noworodek ważący poniżej kilograma czy poniżej kilograma pięciuset dekagramów.

Proszę państwa, my te dzieci ratujemy obecnie w odsetku zdecydowanie powyżej 90%. Takie dziecko to jest dziecko, w którym jest cała patologia. Rzadko kiedy takiemu dziecku udaje się uniknąć którejs z tych wymienionych chorób. Te dzieci są obciążone ogromną zachorowalnością. Niestety jest to grupa dzieci, w której jest największa umieralność. Tak jak powiedziałam, obecnie przeżywalność bardzo wzrasta i oczywiście jest to kwestia dalszego rozwoju w tej dziedzinie.

Proszę państwa, te wymienione dwieście tysięcy to są rzeczywiście pojedyncze przypadki noworodków, ale proszę mi wierzyć, że część z tych dzieci, znakomita większość tych dzieci przebywa u nas cztery, pięć miesięcy i że koszt leczenia tych dzieci naprawdę wynosi 60 tysięcy zł. Strasznie nas boli i o tym myślimy, że ten nasz wysiłek może być zniweczony po wypisaniu dziecka do domu. No, są różne środowiska. Pamiętajmy o tym, że przedwczesne porody w Polsce są niestety najczęściej spowodowane czynnikami socjoekonomicznymi, a więc wypisujemy te dzieci i one niestety trafiają

w określone środowisko, i to oczywiście jest dla nich tragedia. Bardzo często wracają do nas, bo wymagają ponownej hospitalizacji. Trzeba powiedzieć, że kolonizacja i środowisko kolonizacyjne noworodków może nie zawsze są wysublimowane, ale ono jest kompletnie inne. To jest środowisko życia wewnątrzmacicznego, zakażeń wewnątrzmacicznych, to jest zupełnie inna kolonizacja, stąd tak bardzo nie chcemy tego, żeby noworodki, te nawet większe wcześniaki czy w ogóle dzieci donoszone, po wypisaniu z oddziałów noworodkowych trafiały na przykład z powodu banalnej czasem sprawy, na przykład żółtaczką, na oddziały pediatryczne, bo to dla nich jest po prostu tragedia.

Wspomnę jeszcze tylko o trzecim stopniu opieki, czyli o tej najwyższej referencyjności, i posłużę się przykładem województwa mazowieckiego, aby pokazać, jak wygląda umieralność na dziewięć tysięcy dzieci. Zgony tych dzieci to naprawdę są pojedyncze przypadki. A więc wzrost przeżywalności tych dzieci zawdzięczamy intensywnej terapii, surfaktantowi i oczywiście aktywności położniczej, ale ze wzrostem przeżywalności tych dzieci wiąże się niestety wzrost zachorowań na dysplazję oskrzelowo-płucną, czyli przewlekłą chorobę płuc, która jest największym czynnikiem ryzyka wystąpienia zakażeń układu oddechowego. Tak jak powiedziałam, niestety 54% tych dzieci po wypisaniu z naszych oddziałów trafia na oddziały pediatryczne z powodu zakażeń układu oddechowego. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji dzieci z zakażeniami układu oddechowego są dwa wirusy: wirus RS i *streptococcus pneumoniae*. Oczywiście to wiąże się z ogromnym ryzykiem. I stąd te dzieci muszą być objęte leczeniem bez względu na to, do której grupy wiekowej będą należały.

Chciałam już zabrać głos na ten temat w dyskusji, ale może powiem teraz, że to, o czym mówiła pani Szafranec, ja również zawarłam w swoim liście do pani dyrektor Korbaśńskiej. Jesteśmy oczywiście przekonani o tym, że te dzieci muszą mieć równe szanse i że lekarze oczywiście będą wybierać tę szczepionkę szczególnie w przypadku największej grupy ryzyka. My będziemy edukować lekarzy, żeby wybierali szczepionkę, która jest w stanie pokryć więcej serotypów.

Bardzo często prowadzę wykłady dla lekarzy rodzinnych, bo niestety mam do nich trochę zarzutów, że oni mimo wszystko, jeżeli chodzi o noworodka, źle się tym dzieckiem zajmują. Przede wszystkim boją się go, nie pamiętają o tym, że dziecko urodzone przedwcześnie powinno być szczepione zgodnie z wiekiem chronologicznym, że przeciwwskazań do szczepienia wcześniaków jest niezwykle mało. Ale trzeba pamiętać o tym, że niestety te opóźnienia, które są czasami bardzo duże, co jest przykre, w szczepieniach są z powodu lekarzy, głównie rodzinnych, nie neonatologów. Stąd ta ogromna akcja edukacyjna wśród lekarzy.

Przypomnę tylko państwu, jakie mamy obowiązkowe szczepienia, o co walczymy. We wszystkich zaleceniach wypisywanych z mojego oddziału jest zawsze napisane o szczepieniach i o czynnikach ryzyka zakażenia pneumokokowego. Tych czynników jest oczywiście bardzo wiele. Wśród nich status socjoekonomiczny jest najważniejszy. Jak mówiłam, dwa najczęstsze czynniki to wirus RS i pneumokoki. Noworodek przedwcześnie urodzony stanowi największy problem. Proszę państwa, nie ma mowy o tym, żebyśmy mogli szczepić dzieci inną szczepionką niż trzynastka. Oczywiście mówię o dzieciach z grupy ryzyka, ale to dotyczy wszystkich dzieci. Dlatego też wszyscy decydenci muszą to zrozumieć.

Chciałbym jeszcze jak gdyby zabrać głos w dyskusji. Pani dyrektor mówiła o tym, że ministerstwo może być posądzane o faworyzowanie jakiejś firmy. Zawsze

będzie jakaś firma. Do mnie przynajmniej raz do roku przychodzi pani magister z jednej apteki – ja jestem szefem kliniki neonatologii w szpitalu przy Karowej, to jest niewielki szpital, więc tych problemów oczywiście jest może mniej, nie cierpię oczywiście żadnych przetargów, ale czasem muszę o czymś decydować – i mówi: pani profesor, my mamy teraz przetarg na mieszanki dla wcześniaków. Ja mówię: proszę pani, proszę napisać, że jest jeden priorytet, czyli to powinna być mieszanka najbardziej zbliżona do mleka matki. Jest i drugi priorytet w przypadku mieszanki dla wcześniaków, żeby była jak najmniejsza objętość w butelce. Na przykład w Stanach są to objętości pięciomililitrowe, dziesięciomililitrowe. Niestety, u nas to jest 100 ml albo 95 ml, co na przykład dla mnie nie stanowi już żadnej różnicy. Myślę więc, że ten priorytet, najbardziej zbliżony do mleka matki, jest dobry.

Tak samo sprawa wygląda, jeżeli chodzi o szczepienia, nie mamy innej możliwości. Co prawda to nie są nasze dane, ale najnowsze badania wskazują, że noworodki przedwcześnie urodzone mogą nie być w pełni chronione przed inwazyjną chorobą pneumokokową. Czyli dla tych dzieci, o których mówię, to już w ogóle nie ma mowy. Za chwilę na pewno pan doktor Patrzalek będzie mówił o pediatrii.

O co nam chodzi? W przypadku noworodków z grupy ryzyka chodzi nam o zapalenie płuc, posocznicę i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, ale przede wszystkim o zapalenie płuc, bo jak pokazywałam, 54% dzieci z grupy ryzyka będzie niestety prawdopodobnie miało zapalenie płuc.

Pani profesor Hryniewicz mówiła dziś wspaniale o tym, jaka szczepionka może pokrywać szczepy, które powodują zapalenie płuc, i już to przytaczała. A więc z mojego punktu widzenia uważam, że ta szczepionka – i będę to mówiła wszystkim neonatologom, wszystkim lekarzom rodzinnym, z którymi mamy ogromny kontakt – to jest jedyna szczepionka, która może być stosowana w tej grupie wiekowej. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję, Pani Profesor.

Poproszę teraz pana doktora Patrzalka o omówienie kwestii dotyczącej efektów działania szczepionek na przykładzie Kielc.

Specjalista Chorób Dziecięcych i Zakaźnych

w NZOZ Promed w Kielcach

Marian Patrzalek:

Czy już?

(*Głos z sali:* Włączam prezentację.)

Tak, już. Dobrze.

Dzień dobry państwu.

Chciałbym przedstawić wyniki szczepień przeciwko pneumokokom, powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom, jakie są prowadzone w Kielcach od 2006 r. W Kielcach rozpoczęliśmy szczepienia dokładnie w tym samym czasie co Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i co niektóre okręgi w różnych innych krajach europejskich, z tym że w następnym roku te różne kraje europejskie rozpoczęły powszechne szczepienia przeciwko pneumokokom, my zaś zostaliśmy sierotą. I dopiero od półtora

roku niektóre części, miasta czy gminy Polski rozpoczynają szczepienia w mniejszym zakresie. O tym mówiła pani profesor, więc nie chcę tego powtarzać, bo szkoda czasu.

Proszę tylko na jedno zwrócić uwagę, że to jest milion sześćset tysięcy zgonów, a proszę zobaczyć, jaka jest ogromna przepaść między strasznie ciężkimi, poważnymi chorobami, jakie dotyczą ludzi na całym świecie. Widać więc, jakim strasliwym zabójcą jest pneumokok.

I to, o czym wspominała też pani profesor, że jest wysokie nosicielstwo. I na to tylko chciałbym zwrócić uwagę, że jeżeli pod jednym dachem mieszkają sami dorośli, to tylko 6% dorosłych nosi pneumokoka, ale jeżeli mieszkają z dziećmi, to już 30% dorosłych nosi pneumokoka, a więc widać, że dzieci stanowią główny problem. Uchwała Miejskiej Rady Narodowej w Kielcach, ona obowiązuje do 2013 r., mówi o tym, że w Kielcach będą powszechne szczepienia dzieci. Co będzie dalej, to się oczywiście okaże w przyszłości.

Proszę państwa, jaki jest efekt szczepień. Średnie dane z dwóch lat przed szczepieniami, czyli rok 2004 i rok 2005 r., zapaleń płuc w szpitalu dziecięcym w Kielcach... W Kielcach jest jeden szpital dziecięcy i wszystkie dzieci chorujące poza incydentalnymi zdarzeniami są leczone w tym szpitalu, więc dane szpitalne odpowiadają w dużym, bardzo wysokim procencie danym epidemiologicznym. Tu zostało wprowadzone szczepienie w 2006 r., cały rok dzieci były szczepione. W 2007 r. ze stu trzydzieścioro sześciorga chorych dzieci w pierwszych dwóch latach życia leczyliśmy już tylko pięćdziesiąt troje dzieci, czyli 40%, a więc redukcja zapaleń płuc w drugim roku szczepień wynosiła 60%. W trzecim roku ten spadek już był niewielki, bo to było 2,5%. Dane amerykańskie są podobne. U nich też następuje redukcja zapaleń płuc u dzieci szczepionych na poziomie około 65%.

Tu mamy to samo, tylko widać po prostu, że ten słupek był bardzo wysoki i że teraz jest niższy.

A to jest właśnie porównanie z Ostrowcem Świętokrzyskim. To jest drugie miasto na terenie województwa świętokrzyskiego, gdzie nie ma żadnych szczepień poza sporadycznymi szczepieniami realizowanymi z kieszeni rodziców. Tak wyglądają zapalenia płuc w Ostrowcu Świętokrzyskim, a tak wyglądają zapalenia płuc w Kielcach. Myślę, że jest to widoczne.

Pani profesor wspominała o tym, że zmiana środowiska i krążenie pneumokoka w środowisku w przypadku powszechnych szczepień oczywiście ulega istotnej zmianie. I to wpływa na zakażenie ludzi starszych, przede wszystkim po sześćdziesiątym piątym roku, i zmniejszenie zachorowalności. Dane epidemiologiczne są takie, jak pokazywała pani profesor. Ta redukcja wynosi nawet 55%.

Kielce są miastem dwustutysięcznym, więc to środowisko nie jest takie duże. Potrzebowaliśmy trzech lat na to, żeby zobaczyć te zmiany. I tak, w 2005 r. było pięćset trzydzieści pięć przypadków zapaleń płuc w tej najstarszej grupie wiekowej, ale ta grupa się zmienia, więc lepiej wskaźnik podawać na tysiąc przypadków, czyli ponad dziewiętnaście przypadków na tysiąc zachorowań. W 2009 r. zaś, a więc dopiero w czwartym roku stosowania powszechnych szczepień w Kielcach, nastąpił spadek do dziesięć i pół na tysiąc zachorowań. Mam nadzieję, że dane z 2010 r. potwierdzą ten trend spadkowy.

W tych poprzednich grupach widać – to ten ostatni szary słupek – jakieś niewielkie spadki, ale one są statystycznie nieistotne. Dopiero staje się to widoczne w tej wiel-

kiej grupie sześćdziesiąt pięć plus. Jednocześnie wysokość tych słupków pokazuje, jak wielka i jak dominująca liczba przypadków zapaleń płuc dotyczy tej grupy wiekowej.

To jest nasza próba oszacowania, ile powinno być tych zapaleń płuc w 2010 r. Czy to się potwierdzi, zobaczymy. Mam nadzieję, że w połowie lutego będziemy mieli te dane. I to jest wszystko, co chciałem pokazać Szanownym Państwu Senatorom.

Szanowni Państwo Senatorowie, reasumując, chciałbym podkreślić, że powszechne szczepienia przeciwko pneumokokom przynoszą trzy benefity.

Pierwszy oczywisty benefit, że zachorowalność na zapalenie płuc wśród szczepionych dzieci spada o dwie trzecie. Chciałbym wyraźnie podkreślić, że nie wszystkie dostępne na rynku szczepionki mają rejestrację zapalenia płuc.

Drugi benefit. W przypadku powszechnych szczepień, kiedy zmienia się środowisko pneumokokowe, ale do tego są potrzebne powszechne szczepienia, mamy zjawisko odporności środowiskowej, czyli starzy ludzie, którzy nie byli szczepieni, również nie chorują na zapalenie płuc, mimo że nie zostali zaszczepieni. To jest oczywista oszczędność w wydatkach państwa, uwzględniając fakt, ile kosztuje średnie leczenie pacjenta z zapaleniem płuc.

I trzeci, troszkę niepełny benefit, o którym mówił główny inspektor sanitarny, dotyczy grypy. Ciężkie powikłania grypy kończące się śmiercią w większości są spowodowane przez pneumokokowe zapalenie płuc, tak jak zostało to przedstawione i udowodnione w literaturze światowej w roku 2009 i w roku 2010. Powszechne szczepienia przeciwko pneumokokom będą również zmniejszały liczbę tych najcięższych powikłań kończących się zgonem w epidemiach grypy, które dotyczą nas co roku. Dziękuję uprzejmie.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję panu doktorowi.

Ze wszystkich naszych dzisiaj wystąpień można by wyciągnąć jednoznaczny wniosek, że w ogóle szczepienia przeciwko grypie, przeciwko pneumokokom są niezbędne. I nas, członków senackiej Komisji Zdrowia, a szczególnie mnie jako lekarza położnika, nie ma co przekonywać, bo jesteśmy co do tego przekonani i wiemy, że jest to sprawa oczywista. Idąc w sukurs pani dyrektor Korbasińskiej, chciałbym powiedzieć, że niestety przepisy antykorupcyjne w ustawie o zamówieniach publicznych są bezwzględne. I to nie wynika ze złej woli, z uporu czy z niewiedzy urzędników, ale po prostu z przepisów dyrektyw unijnych, bo wszystkie takie przetargi od czasu, do kiedy jesteśmy w Unii, są przetargami unijnymi. I nie ma mowy, pani prezes, o jakichkolwiek negocjacjach celowych. Trzeba dostośować się tylko do tego, co dane firmy przedstawiają, i podstawia się dane do wzoru i ze wzoru wynika, która firma ma wygrać, i nie ma dyskusji na ten temat. Te ilości mleka dla niemowląt, które pani profesor kupuje, albo są z zapytania ofertowego zupełnie innego trybu przetargowego, albo z wolnej ręki, czyli to nie podlega kontroli, bo...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, tak, bo to są niewielkie ilości, niewielkie kwoty.

Wszystkie przetargi ministerstwa są pod lupą z dwukrotnym albo i trzykrotnym powiększeniem. Doskonale rozumiem dylematy, z jakimi się boryka pani dyrektor. Właśnie w takiej krótkiej wymianie zdań z panem ministrem ustaliliśmy, że jest to problem kwalifikujący się na dezyderat. I taki dezyderat będziemy starali się przedstawić. Oczywiście nie tylko do ministra finansów, to w ogóle musi trafić do szefa Urzędu Zamówień

Publicznych, bo jedynym możliwym ominięciem tego jest... W tej chwili w Polsce to jest niemożliwe, ponieważ, jak wspomniała pani dyrektor, są dziesiątki stowarzyszeń, instytucji, firm, które przychodzą i nagabują nas przeciwko szczepieniom. Antyszczepieniowa kampania jest bardzo mocna. Żeby ominąć przetarg z zamówień publicznych, żeby kupić najdroższą szczepionkę, zgodnie z prawem musieliby dać zaświadczenie, że są monopolistami, a wtedy będzie to honorowane, jeżeli będzie jednoznaczna opinia, że tylko ta szczepionka jako jedna jedyna w Polsce jest odpowiednia. Akurat panie wystawicie taką opinię, ale znajdzie się pięciu innych naukowców, którzy przedstawią opinię przeciwną, i znowu znajdziemy się w martwym punkcie.

W związku z tym musimy... Oczywiście, słuchajcie państwo, to nie są takie proste rzeczy jakby się mogło wydawać. I dlatego podejmujemy ten temat. Dzisiejszą konferencję traktujemy jako zapowiedź wielkiej konferencji poświęconej kwestiom wakcynologii, która odbędzie się w dniu 8 marca. Już teraz wszystkich państwa serdecznie zapraszamy. Myślę, że będziemy omawiać wszystkie sprawy związane z wakcynologią w tak zacnym gronie jak dzisiaj i że nas państwo znowu zaszczylicie swoją obecnością i przedstawicie problemy, z jakimi się borykamy. Myślę, że tylko w przypadku naszych wspólnych działań, państwa jako naukowców, organizacji pozarządowych i samorządów, możemy uzyskać pożądane efekty, które oczywiście są bliskie nam wszystkim, bo my chcemy uratować te dzieci nie tylko przed śmiercią, lecz również później przed różnymi komplikacjami.

(Głos z sali: My jeszcze nie wiemy, co my kupimy w tym przetargu... trzynastkę...)

Dlatego też mówię, że jeszcze nie wiadomo. My jeszcze nie wiemy. Myślę, że do 8 marca pewne problemy się rozstrzygną i wtedy będziemy mogli na te tematy porozmawiać.

Bardzo proszę, pani profesor Hryniewicz.

**Konsultant Krajowy w dziedzinie Mikrobiologii Lekarskiej
Waleria Hryniewicz:**

Chciałabym tylko powiedzieć, że jestem zdumiona – akurat wchodzę w skład komisji przetargowej działającej przy ministrze zdrowia – iż można postawić warunek polegający na wyborze między dwiema szczepionkami, które nie są identyczne i które nie mają rejestracji w tych samych wskazaniach. Pani profesor pokazała, ja nawet nie zdawałam sobie z tego sprawy, że jest tak duży procent pneumokokowych powikłań płucnych, a dziesięciowalentna szczepionka nie ma rejestracji w zapaleniach płuc. Czyli a priori skazujemy dzieci, które otrzymają szczepionkę dziesięciowalentną, na brak ochrony, jeśli chodzi o zapalenia płuc. To jest pierwsza sprawa.

I druga kwestia bardzo ważna z praktycznego punktu widzenia, że nie możemy, tak jak mogliśmy siódemkę kontynuować trzynastką, dziesiątki kontynuować trzynastką, a trzynastki dziesiątką, bo nie ma to dowodów. I tu głównie boję się zamieszania z tego powodu. A już pomijam fakt pokrycia, bo jest oczywiste to, o czym mówiła też pani dyrektor, że im więcej serotypów, tym większe pokrycie. Ale one nie są ani zarejestrowane w tych samych wskazaniach, ani nie mogą być jedna po drugiej wymiennie stosowane.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, Pani Profesor.

**Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Maria Borszewska-Kornacka:**

Oczywiście bardzo się cieszę z tego, co powiedziała pani dyrektor Korbasińska – nie wiem, jak długo będą trwały te prace legislacyjne – że aż albo tylko 6% populacji zostanie objętych, bo te 6% to są wcześniaki, więc to dla mnie brzmi bardzo optymistycznie. Ale czy mogę się jeszcze dowiedzieć, jaka populacja w sumie będzie objęta tymi szczepieniami? Tych czynników ryzyka jest gdzieś w sumie 10%, tak...?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Obawiam się tylko, że jeżeli będą te dwie szczepionki, to będzie miała miejsce sytuacja, która, jak myślę, jest pani dyrektor znana. Oczywiście nie potrafię niestety absolutnie przytoczyć danych liczbowych, ale wiem na pewno, że ograniczone podawanie szczepionek tylko dzieciom z dysplazją oskrzelowo-płucną – wiem to na przykład od profesora Radzikowskiego – spowodowało, że tak powiem, zaleganie szczepionki. Zalegała, prawda...?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No więc właśnie. I obawiam się, że sytuacja może być podobna, bo jednak u dzieci poniżej drugiego roku życia to jest przede wszystkim zapalenie płuc, a jeżeli chodzi o wcześniaki, to już na pewno.

Zastępca Przewodniczącego Michał Okła:

Bardzo dziękuję.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń.

Dziękuję serdecznie.

Wnioski z dzisiejszego posiedzenia seminaryjnego, które zostały przez państwa przedstawione, zostały zapisane przez nasz sekretariat i zostaną przekazane do Ministerstwa Zdrowia i przygotowane na następne posiedzenie seminaryjne w dniu 8 marca.

Dzisiejsze posiedzenie uważam za zakończone.

Bardzo serdecznie dziękuję państwu za przybycie i uświetnienie naszego posiedzenia swoją obecnością.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 09)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851