

Coraz więcej osób czeka na przeszczep, jednak liczba dawców nie wzrasta, a wręcz maleje. Jednym z powodów był stały niedobór organów do transplantacji, innym niedoszacowana i nieaktualizowana od 2013 roku wycena procedur transplantacyjnych, co z kolei negatywnie wpływało na aktywność szpitali w pozyskiwaniu narządów. I tak trudną sytuację naszej transplantologii pogorszył jeszcze wybuch epidemii COVID-19. W efekcie w 2020 roku rekordziści mieli czekać na przeszczep nawet 12 lat. NIK zwraca uwagę, że Minister Zdrowia wstrzymał bezterminowo prace nad projektem ustawy Prawo transplantacyjne, rozpoczęte w ministerstwie z jego inicjatywy już w 2017 r. W efekcie do tej pory nie dokonano zmian, które mogłyby przyczynić się do poprawy organizacji i funkcjonowania transplantologii w Polsce.

Transplantacja narządów jest metodą leczenia ratującą życie i zdrowie pacjentów. Stosuje się ją w przypadku schyłkowej niewydolności organów. Wykorzystywane w transplantologii narządy pochodzą głównie od dawców zmarłych. Jedynie nerki i fragmenty wątroby mogą być pobierane od dawców żywych, lecz odsetek tego rodzaju pobrań jest stosunkowo niewielki. W Polsce wskaźnik liczby przeszczepów nerek od żywych dawców – w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców wynosi 0,8 – i jest jednym z najniższych w Europie. Trzy razy częściej nerki przeszczepia się w Czechach, siedem razy częściej w Niemczech, Hiszpanii i Francji, nie wspominając o Holandii, gdzie takie operacje wykonuje się 27 razy częściej.

Najważniejsze ustalenia kontroli

Minister Zdrowia realizował wieloletni program pn. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2021 (Program), ustanowiony uchwałą Rady Ministrów w październiku 2010 r. Program ten był pięciokrotnie zmieniany i ostatecznie jego realizacja została przedłużona do grudnia 2022 r. Nakłady na prowadzenie zadań ujętych w Programie zostały zwiększone z 450 mln zł do 620 mln zł (w 2018 r. zwiększono nakłady o 30 mln zł, w 2020 r. o 65 mln, a w 2021 r. o 75 mln zł).

NIK negatywnie oceniła realizację czterech spośród ośmiu celów Programu dotyczących transplantacji narządów. Przez sześć lat nie zrealizowano zadań związanych z dokonaniem oceny epidemiologicznej rzeczywistych potrzeb dotyczących przeszczepiania poszczególnych narządów i przeprowadzania analizy ekonomicznej dotyczącej kosztów przeszczepiania narządów. W 2017 r. cel ten został usunięty z Programu.

Program zakładał również wzrost liczby przeszczepień narządów od zmarłych dawców o co najmniej 100 proc., a przeszczepień nerki od żywego dawcy o co najmniej 500 proc. w stosunku do liczby tych przeszczepień w 2009 r. Celów tych nie udało się jednak zrealizować. Do 2019 r., czyli ostatniego roku przed wybuchem epidemii, liczba przeszczepień narządów wzrosła zaledwie o 40 proc., a liczba przeszczepień nerki od żywego dawcy o 126 proc. NIK ocenił działania Ministra Zdrowia w tym zakresie jako nieskuteczne.

Ponadto Minister Zdrowia nieskutecznie prowadził prace nad rozwojem teleinformatycznych rejestrów transplantacyjnych.

W efekcie po upływie 10 lat nadal trwały prace koncepcyjne i analityczne dotyczące utworzenia nowego systemu teleinformatycznego.

W latach 2018-2021 (I półrocze) Minister Zdrowia prawidłowo realizował zadania związane z wydawaniem pozwoleń dla podmiotów leczniczych na pobieranie, przechowywanie i przeszczepianie

narządów. Działający system kwalifikowania biorcy do przeszczepu narządu wykluczał możliwość jego wykonania osobie, która nie została zgłoszona na krajową listę oczekujących. **Według stanu na koniec 2020 r., na krajowej liście osób oczekujących na przeszczep narządów było 1799 osób**, w tym najwięcej osób oczekiwało na przeszczep nerki (1007 osób), serca (415 osób) i płuc (168 osób). **Średni czas oczekiwania na przeszczep wynosił:** w przypadku nerki – 430 dni (w trybie pilnym – 30 dni), serca – 603 dni (w trybie pilnym – 91), płuc – 225 dni (jeden dzień w trybie pilnym), a wątroby 121 dni (jeden dzień w trybie pilnym). **Według stanu na koniec I półrocza 2021 r. na przeszczep narządu czekało 1630 osób** (w trybie pilnym – 58 osób). Najwięcej osób oczekiwało w trybie zwykłym – na przeszczepienie nerki 968 osób., a w trybie pilnym – na przeszczep serca 49 osób.

Z ustaleń kontroli wynika, że w latach 2016-2021 (I półrocze) czas oczekiwania na przeszczep narządu sukcesywnie się wydłużał. W 2016 r. rekordziści na transplantację czekali ponad 4 lata (1599 dni), a w 2020 r. nawet 12 lat (4382 dni).

W latach 2016-2020 pobrano łącznie od dawców zmarłych (u których stwierdzono śmierć mózgu) 7882 narządy, a przeszczepiono 7344 narządy (93 proc. pobranych). Z kolei od dawców żywych pobrano w sumie 352 narządy i tyle samo przeszczepiono. Największą liczbę, spośród ogółem pobranych narządów, stanowiły nerki – 4881 (61,9 proc.) i wątroba – 1690 (21,5 proc.).

Wybuch epidemii COVID-19 w marcu 2020 r. miał negatywny wpływ na wyniki poszczególnych obszarów aktywności transplantacyjnej narządów, co wynikało m.in. z konieczności przystosowania placówek do leczenia chorych na COVID-19. W pierwszym roku epidemii (od marca 2020 r. do lutego 2021 r.), w porównaniu z ostatnim rokiem sprzed epidemii (od marca 2019 r. do lutego 2020 r.), **o 13 proc. zmniejszyła się liczba szpitali zgłaszających możliwość pobrania narządów, a tym samym zmniejszyła się liczba dawców (rzeczywistych) o 26 proc. W efekcie w pierwszym roku epidemii zmniejszyła się liczba wszystkich pobranych narządów o blisko 20 proc.** W okresie epidemii zmniejszyła się również zgłaszalność pacjentów do przeszczepienia narządów, a jednocześnie odnotowano zwiększoną liczbę zgonów osób umieszczonych na tej liście.

W latach 2016-2021 (I półrocze) liczba potencjalnych dawców narządów (tj. osób zmarłych zgłaszanych przez szpitale) **wyniosła łącznie 3442 osób**. Najwięcej dawców zgłoszono w 2017 r. (720 osób), a najmniej 2020 r. (529 osób) i w I półroczu 2021 r. (239 osób), co wiąże się z sytuacją epidemiczną w kraju. Natomiast w tym samym okresie, **łączna liczba dawców rzeczywistych** (tj. osób zmarłych, od których pobrano narządy do przeszczepienia) **wyniosła 2666**. Najwięcej było ich w 2017 r. (560 osób), a najmniej w 2020 r. (393 osób) i w I półroczu 2021 r. (169 osób).

W latach 2016-2020 sukcesywnie spadał wskaźnik donacji (tj. liczby dawców rzeczywistych na 1 mln mieszkańców). O ile w 2016 r. wynosił on jeszcze 14,1, w 2018 r. – już 13, to w 2020 r. wskaźnik ten spadł do poziomu 10,2 i była to najniższa wartość od 2007 roku. W 2020 r., mimo trwającej od marca epidemii, wskaźnik ten był najwyższy w województwie pomorskim i wyniósł 20 dawców na 1 mln mieszkańców (pomimo zmniejszenia z 22,3 w 2019 r.), a najniższy był w województwie podkarpackim – 3,8 (mimo wzrostu z 1,9 w 2019 r.).

Trudną sytuację w polskiej transplantologii mogłaby uzdrowić nowa ustawa Prawo transplantacyjne. Niestety **Minister Zdrowia wstrzymał bezterminowo prace nad projektem ustawy Prawo transplantacyjne**, rozpoczęte w ministerstwie z jego inicjatywy w 2017 r. **W efekcie nie dokonano zmian, które mogłyby się przyczynić do poprawy organizacji i funkcjonowania systemu**

transplantacji w Polsce. Należy podkreślić, że Krajowa Rada Transplantacyjna i Polskie Towarzystwo Transplantacyjne uznały za niezbędne nowelizację tej ustawy.

Na liczbę pobrań i przeszczepień w Polsce istotny wpływ miała niedoszacowana wycena procedur transplantacyjnych, których stawki nie zmieniały się od 2013 r. Wyniki kontroli wskazały, że koszty ponoszone przez szpitale w związku z realizacją procedur transplantacyjnych były z reguły wyższe od przychodów uzyskanych z tego tytułu. Strata wynikająca z braku refundacji pełnych kosztów pokrywana była z pozostałej działalności szpitala. **Choć Minister Zdrowia otrzymywał z Poltransplantu corocznie (od 2016 r. do 2020 r.) informacje o proponowanym wzroście kosztów czynności związanych z pobieraniem narządów od dawcy, to dopiero po ośmiu latach (w styczniu 2021 r.) uaktualnił ich wycenę.**

NIK zwraca uwagę, że dużym problemem jest również niewystarczające zaangażowanie środowiska medycznego w procedurę pobierania narządów, głównie w szpitalach położonych poza ośrodkami transplantacyjnymi. Szpitale wykazywały zbyt małą aktywność w identyfikowaniu i zgłaszaniu potencjalnych dawców narządów, przez co nie zapewniły dostępności transplantacji narządów. **W badanym okresie szpitale zgłosiły jako potencjalnych dawców jedynie 1,5 proc. wszystkich zmarłych pacjentów na oddziałach z tzw. potencjałem dawstwa** (oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a także neurologii i/lub neurochirurgii). Ponadto w zdecydowanej większości kontrolowanych szpitali nie działały stałe komisje (tylko doraźne), których zadaniem jest stwierdzenie trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu lub/i nieodwracalnego zatrzymania krążenia, co jest warunkiem pobrania narządów.

Organizacją i kontrolą przeszczepów w Polsce zajmuje się Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”. **Jednym z podstawowych zadań „Poltransplantu”** (wynikającym z założeń Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2021) **było tworzenie stanowisk koordynatorów pobierania narządów od zmarłych w szpitalach z potencjałem dawstwa i budowa krajowego systemu koordynatorów transplantacyjnych.** Według stanu na koniec I półrocza 2021 r., w skali kraju było 388 szpitali z potencjałem dawstwa (371 szpitali dla dorosłych i 17 szpitali pediatrycznych), ale stanowiska dla koordynatorów utworzono tylko w 255 z nich (66 proc. szpitali z potencjałem dawstwa). W tych szpitalach funkcjonowało 314 koordynatorów transplantacyjnych, co oznacza, że w niektórych pracowało kilku koordynatorów.

Z ustaleń kontroli wynika, że **wzrost liczby koordynatorów transplantacyjnych nie miał istotnego wpływu na zwiększenie liczby pobranych i przeszczepionych narządów.** W latach 2016-2019 o 16 proc. wzrosła liczba szpitali, w których zatrudniono koordynatorów, a o 19 proc. wzrosła liczba zatrudnionych koordynatorów. Miało to jednak znikomy wpływ na wzrost liczby pobrań narządów od zmarłych dawców (0,4 proc.) i liczby przeszczepień (2,2 proc.).

„Poltransplant” prowadził cztery rejestry dotyczące transplantacji narządów, które jednakże miały pewne wady, ponieważ m.in. nie umożliwiały generowania szerokiego spektrum raportów zbiorczych (według zakresu czasowego i podmiotowego, które są niezbędne dla celów informacyjno-sprawozdawczych). Dwa z czterech rejestrów, tj. krajowa lista oczekujących na przeszczepienie oraz krajowy rejestr przeszczepień prowadzone były zgodnie z obowiązującymi przepisami w podwójnej formie – pisemnej i elektronicznej. Jednak rejestry te nie spełniały wymagań związanych ze stałym rozwojem medycyny transplantacyjnej i obsługą wszystkich procesów, np. dotyczących ilości

przetwarzanych danych.

Minister Zdrowia nie kontrolował ustawowych rejestrów transplantacyjnych prowadzonych przez „Poltransplant” w systemie teleinformatycznym, co naruszało przepisy ustawy transplantacyjnej. Należy jednocześnie zauważyć, że w ustawie transplantacyjnej, ani w przepisach wykonawczych wydanych na jej podstawie lub w procedurach wewnętrznych Ministerstwa Zdrowia nie określono celu i zakresu przedmiotowego kontroli rejestrów transplantacyjnych.

Ponadto Minister Zdrowia nie przedstawiał Komisji Europejskiej sprawozdań z czynności podjętych na terytorium naszego kraju, dotyczących propagowania donacji narządów, co naruszało przepisy ustawy transplantacyjnej.

WNIOSKI

de lege ferenda do Ministra Zdrowia o:

- rozważenie zmiany treści art. 42 ust. 3 lit. a ustawy transplantacyjnej, w taki sposób, aby obowiązki informacyjne Ministra Zdrowia względem Komisji Europejskiej zostały dostosowane do ukształtowanej praktyki tego organu wykonawczego Unii Europejskiej, przy zachowaniu zgodności z przepisami dyrektywy 2004/23/WE;
- rozważenie zmiany przepisów prawa dotyczących obowiązku prowadzenia krajowej listy oczekujących na przeszczepienie oraz krajowego rejestru przeszczepień w podwójnej formie – pisemnej i elektronicznej.

pozostałe wnioski do Ministra Zdrowia o:

- wznowienie i zintensyfikowanie prac w celu wdrożenia przepisów, których stosowanie przyczyni się do poprawy organizacji i funkcjonowania systemu transplantacji w Polsce;
- podjęcie skutecznych działań wobec wykonawców NPRMT i osób bezpośrednio odpowiedzialnych za jego realizację, które zapewniłyby terminowe zakończenie Programu;
- podjęcie skutecznych działań organizacyjnych w celu kontrolowania teleinformatycznych rejestrów transplantacyjnych;
- sprawowanie efektywnego nadzoru nad pracami dotyczącymi rozwoju teleinformatycznych rejestrów transplantacyjnych;
- opracowanie mechanizmów motywujących szpitale do szerszego i częstszego identyfikowania i zgłaszania zmarłych, spełniających odpowiednie warunki, jako dawców narządów – upowszechniając równocześnie pogląd, że nieidentyfikowanie dawców jest zaniechaniem medycznym i etycznym;
- uwzględnienie rzeczywistych kosztów w wycenie czynności procedur transplantacyjnych;
- wzmocnienie pozycji i uprawnień koordynatorów transplantacyjnych poprzez ułatwienie dostępu do dokumentacji medycznej potencjalnych dawców;
- wyznaczenie jednego płatnika za procedury przeszczepowe narządów.

Źródło: NIK