

Finansowanie i organizacja transplantologii

Organ jak nowy



foto: Alberto Ruggieri/illustration Works/Corbis

Według danych Poltransplantu, w 2010 r. przeszczepiono 1376 narządów, przy czym od zmarłych przeszczepy otrzymało 1277 osób, 50 pacjentom przeszczepiono nerkę od żywego dawcy, a 20 dzieci miało rodzinny przeszczep fragmentu wątroby. Ile to kosztuje i jakie przynosi korzyści?

Rozwój transplantologii był jednym z ważniejszych etapów postępu medycyny. Początki tej idei pojawiły się już dość dawno – w średniowieczu, kiedy to rannym w walce próbowano przeszczepiać ich własną skórę pobraną ze zdrowej okolicy. Problemem były jednak powikłania wynikające z reakcji organizmu po wszczepieniu obcego organu.

Zwrócono wówczas uwagę, że po przeszczepieniu tkanek od osób

spokrewnionych, szczególnie w wypadku bliźniąt jednojajowych, reakcja była słabsza. Przyczyniło się to do wyjaśnienia jej patomechanizmów i do odkrycia leków immunosupresyjnych osłabiających odpowiedź immunologiczną. Efektem był rozwój transplantologii: w 1954 r. przeprowadzono w Bostonie pierwszą transplantację nerki, następnie w 1963 r. w Denver transplantację wątroby, a w 1967 r. w Kapsztadzie

pierwszą transplantację serca. Kolejne lata przyniosły dalszy postęp, dzięki czemu w 1981 r. przeprowadzono jednoczesny przeszczep serca i płuca, w 1998 r. przeszczepiono przedramię, a w 2010 r. wykonano w Barcelonie przeszczep całej twarzy. Wyniki są coraz lepsze, a przeżycie chorych znacznie się wydłużyło. Oczywiście w trakcie rozwoju tej specjalności pojawiały się pewne wątpliwości, w tym problemy etyczne związane z przeszczepem tkanek.

Obecnie transplantologia dzięki swoim wielokierunkowym możliwościom pomaga chorym, dając nadzieję, gdy zawiodą inne sposoby terapii. Najczęściej przeprowadzane zabiegi to przeszczep nerki, serca, wątroby, skóry, szpiku kostnego, płuc, trzustki, jelit oraz rogówki.

Koszty transplantologii w Stanach Zjednoczonych

Koszty transplantacji można rozpatrywać w kilku aspektach. Nie należy jednak brać pod uwagę tylko wydatku związanego z zabiegiem oraz okresem okołoperacyjnym, gdyż zakres ten jest znacznie szerszy. Można określać koszty z punktu widzenia ubezpieczyciela lub ubezpieczonego bądź z perspektywy czasu, np. od momentu kwalifikacji do zabiegu do chwili uzyskania stabilizacji po przeprowadzonej procedurze, a także koszty związane z pobraniem narządu i jego transportem do miejsca wykonania przeszczepu.

W wielu krajach europejskich oraz w Stanach Zjednoczonych koszty określone są jako kompleksowy wydatek dotyczący nie tylko nakładów na sprzęt medyczny czy koszty osobowe. Bierze się pod uwagę także skumulowaną łączną kwotę przeznaczaną na rehabilitację po zabiegu, transport chorego do ośrodka refe-

rencyjnego, liczne badania medyczne czy konsultacje zarówno przed zabiegiem, jak i po nim, a nawet dodatkowe pobyty w szpitalu w razie komplikacji. W tych kalkulacjach uwzględnione są wszystkie poszczególne etapy, które mają związek z daną procedurą. Na tej podstawie określa się przewidywane środki niezbędne do kontynuowania leczenia z uwzględnieniem wielu szczegółów.

Przyjęcie do szpitala i wykonanie jednej z powyższych procedur transplantacji to część wydatków. Z szacunkowych danych z ośrodków amerykańskich według Milliman Research Reporty wynika, że wynoszą one średnio 60–70 proc. kosztów całkowitych w wypadku większości zabiegów z wyjątkiem przeszczepu nerki i trzustki, gdzie ten udział jest niższy i sięga 50 proc. Oddzielnie wyszczególniane jest wynagrodzenie lekarzy wykonujących zabieg, stanowiące w zależności od rodzaju przeszczepianego organu średnio 6–8 proc. całkowitych wydatków. Według tych danych, całkowity koszt transplantacji jest dość zróżnicowany. Najniższe nakłady związane są z transplantacją nerki i trzustki, droższy jest przeszczep płuca i wątroby, najwięcej zaś kosztują przeszczep serca, jednoczesny przeszczep serca i płuca oraz przeszczep jelit, który jest wyceniony najwyższej. Koszty pobrania narządu do transplantacji, według tego raportu, pochłaniają średnio 6,5–13 proc. środków, z wyjątkiem transplantacji nerki lub trzustki, z powodu niższego kosztu ogólnego. Kolejnym dużym wydatkiem są kontrolne badania przeprowadzane do 180 dni po zabiegu i leki immunosupresyjne.

Ze względu na bardzo wysokie koszty ogólne zabiegów w Stanach Zjednoczonych zwykle są one finansowane z różnych źródeł, gdyż ubezpieczenie podstawowe nie jest w stanie pokryć wszystkich wydatków związanych z przeszczepem. Oczywiście koszty różnią się w zależności od lokalizacji, czyli stanu, w którym jest on wykonywany, rodzaju ośrodka przeprowadzającego procedurę oraz rodzaju przeszczepianego narzą-

du. Każdy chory jest informowany o szacunkowej wysokości wydatków, zanim zostanie rozpoczęta procedura kwalifikacji do przeszczepu.

Według danych opublikowanych przez The U.S. Organ Procurement and Transplantation Network and the Scientific Registry of Transplant Recipients, w 2009 r. w Stanach Zjednoczonych przeprowadzono 17 682 transplantacje nerek, 1233 transplantacje trzustki, 2241 transplantacje serca, 1690 transplantacji płuc, 6320 transplantacji wątroby oraz 180 transplantacji jelit – zarówno

dzianych zabiegów. Według danych Poltransplantu, w 2010 r. przeszczepiono 1376 narządów, przy czym od zmarłych przeszczepy otrzymało 1277 osób, 50 przeszczepiono nerkę od żywego dawcy, a 20 dzieci miało rodzinny przeszczep fragmentu wątroby.

Szczególnie zwracano uwagę na zwiększenie liczby transplantacji od żywych dawców, choć nadal odsetek ten nie jest tak wysoki, jak w wielu krajach Unii Europejskiej oraz w Stanach Zjednoczonych, gdzie sięga ponad 40 proc. wszyst-



foto: PAP/DPA

„ Najczęściej przeprowadzane zabiegi to przeszczep nerki, serca, wątroby, skóry, szpiku kostnego, płuc, trzustki, jelit oraz rogówki ”

u dorosłych, jak i u dzieci. Na listach oczekujących w 2009 r. znalazło się ponad 50 tys. chorych zakwalifikowanych do transplantacji nerek, ponad 12 tys. do transplantacji wątroby oraz ponad 1,9 tys. oczekujących na transplantację serca. Najlepsze rokowanie po transplantacji dotyczyło chorych, którym przeszczepiono nerki, a najczęściej problemy związane z odrzuceniem narządu mieli pacjenci po transplantacji płuc.

Sytuacja w Polsce

Po okresowym zmniejszeniu, szczególnie w latach 2007–2009, obserwowano wzrost liczby przeprowa-

dzianych przeszczepów nerek. Najczęstszą przyczyną zgonu dawców były schorzenia naczyń mózgowych oraz urazy czaszkowo-mózgowe. Średni wiek dawców wynosił 45 lat, z przewagą mężczyzn.

Od 2009 r. zmieniły się w Polsce zasady finansowania wydatków związanych z pobieraniem i przygotowaniem narządów do przeszczepów oraz transplantacją, zgodnie z obowiązującą ustawą z 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz późniejszym rozporządzeniem ministra zdrowia z 22 marca 2010 r. w spra-

wie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów. Na tej podstawie koszty związane z pobieraniem narządów do transplantacji zostały podzielone pomiędzy Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Poltransplant, czyli Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do spraw Transplantacji. W dziedzinie finansowania NFZ pozostało kwalifikowanie, pobieranie oraz transplantacja nerki, nerki z trzustką oraz trzustki, natomiast pobranie

tucja dokonuje zwrotu nakładów związanych z procedurą przygotowania i pobrania narządów do transplantacji.

Po transplantacji

Finansowanie procedury transplantacji i dalszej opieki potransplantacyjnej również jest podzielone pomiędzy Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia. Pojawiły się jednak problemy związane z nowym systemem podziału płatników finansujących wykonywane usługi, szczególnie w wypadku, gdy procedura pobrania narządów od dawcy

dowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011–2020 zaczęło ich przybywać. Głównym celem tego programu jest zwiększenie liczby transplantacji od zmarłych, a szczególnie pobrań wielonarządowych.

Inne problemy

Zwraca uwagę, iż wraz ze wzrostem liczby transplantacji – jako procedur drogich – wzrosną także wydatki na ich przeprowadzanie. Przy ograniczonych funduszach w systemie może to spowodować zmniejszenie liczby innych procedur. Nadal pozostanie pewnie znany już problem limitów świadczeń czy długich kolejek oczekujących.

Większość krajów, których PKB jest znacznie wyższy niż w Polsce, także boryka się z brakiem pieniędzy w związku z rosnącym zapotrzebowaniem na usługi medyczne. Niektóre zdecydowały się na wprowadzenie częściowej odpłatności za świadczenia i rozbudowanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych pokrywających koszty usług, które nie są finansowane z ubezpieczenia ogólnego. W systemach, w których nie ma dodatkowych odpłatności, powstają listy oczekujących na zabiegi lub poziom obciążeń fiskalnych czy składek przeznaczanych na ten cel jest znacznie wyższy niż w Polsce. Chcąc zapewnić obywatelom wysoki poziom opieki medycznej, trzeba przeznaczać na ten cel odpowiednie fundusze.

Na pewno polski system finansowania opieki medycznej czeka wiele wyzwań i problemów wynikających z rosnących kosztów świadczeń zdrowotnych. Niestety, utrzymują się różnice w udziale grup obywateli w finansowaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne, przy takich samych uprawnieniach do korzystania ze świadczeń medycznych przez każdego ubezpieczonego. Miejmy nadzieję, że problemy finansowe systemu ochrony zdrowia w przyszłości nie odbiją się niekorzystnie na rozwoju transplantologii w Polsce.

Anna Tyszka

» Koszty związane z pobieraniem narządów do transplantacji zostały podzielone pomiędzy Narodowy Fundusz Zdrowia i Poltransplant, czyli Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do spraw Transplantacji »

i przygotowanie do przeszczepu wątroby, serca, płuc oraz izolacja wysp trzustkowych są finansowane poprzez Poltransplant. Czynności te nie mają charakteru komercyjnego, jest to jedynie zwrot poniesionych kosztów. Zmieniona ustawa jednoznacznie określa w art. 3, które koszty są uznawane za związane z przeprowadzaną procedurą. Dotyczą one m.in. koordynacji pobrania narządów, badań i wystawiania opinii lekarskich, identyfikacji i kwalifikacji potencjalnego dawcy, stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, hospitalizacji potencjalnego dawcy, badań laboratoryjnych przed pobraniem komórek, tkanek lub narządów, badań kwalifikujących narządy do przeszczepienia po pobraniu od dawcy oraz zabiegu pobrania komórek lub narządów. Po określeniu tych kosztów poniesionych przez zakład opieki zdrowotnej odpowiednia insty-

rozliczana jest w ramach określonego kontraktu dotyczącego oddziału intensywnej opieki medycznej.

System oddzielenia finansowania dawców i biorców jest ważnym krokiem, gdyż określa zadania, jakie wyznaczono w konkretnych sytuacjach placówkom opieki medycznej; przedstawiony został wykaz badań, których koszty są pokrywane z określonych funduszy. Zwrócono uwagę nie tylko na wydatki związane ze sprzętem i materiałami wykorzystywanymi w procedurach, lecz także na koszty osobowe, które w krajach wysoko rozwiniętych mają dość istotny udział w nakładach ogólnych i nie mogą być niezauważone. Każda wycena procedury powinna uwzględniać ich określoną wysokość.

Kolejnym ważnym osiągnięciem jest powstanie funkcji koordynatorów pobierania i przeszczepiania narządów. Dzięki wprowadzeniu Naro-