



## Wolne głosy

KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

# SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL

Pod koniec sierpnia Wojewódzki Sąd Administracyjny zobligował Narodowy Fundusz Zdrowia do rozpatrzenia wniosku pewnego małżeństwa o zrefundowanie kosztów zapłodnienia *in vitro*, uznając za niewystarczające tłumaczenie NFZ, że *metoda in vitro nie leczy bezpłodności, a jest tylko sposobem na ominięcie problemów zdrowotnych, które uniemożliwiają urodzenie dziecka, więc nie mamy do czynienia z tzw. świadczeniem zdrowotnym i Fundusz nie może za to zapłacić*. NFZ dodatkowo podpięta się wykładnią prawną Ministerstwa Zdrowia. Pikanterii dodaje fakt, że metoda *in vitro* nie tylko nie jest zamieszczona na liście świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych, a Sejm poprzedniej kadencji zdecydował o jej finansowaniu, lecz nigdy tego nie zrealizowano. Obecnie jej finansowanie blokują osobiste poglądy ministra zdrowia, który stwierdził, że: *seks to sprawa ludzi zdrowych, a nam brakuje pieniędzy na leczenie. Jeśli mam zdecydować, czy zapłacić za reanimację lub leki onkologiczne, czy za zapłodnienie metodą in vitro, to nie mam wątpliwości, że za to pierwsze*. Wkrótce po tym media podały, że minister Religa przekonał rząd do wydatkowania ponad 30 mln złotych na wsparcie prywatnej fundacji, która pracuje nad sztucznym sercem. Sam fakt wsparcia prywatnej fundacji nie byłby może bulwersujący, gdyby nie dwa drobniaki – pieniądze przydzielono bez rozpisania konkursu, czy też przetargu, i – tą fundacją jest fundacja ministra Religi. Również wiceminister Bolesław Piecha uważa, że *taki zabieg nie leczy i nie zapobiega chorobom, bo w końcu po takim zapłodnieniu nie zmienia się stan zdrowia pacjenta, a problem bezpłodności nadal nie zostaje rozwiązany*. O ile stanowisko ministra można zrozumieć – gdy środków mało – to bliższa koszula ciału, o tyle poglądy jego zastępcy są wyrazem medycznej ignorancji. Minister Piecha znów udowadnia, że jego specjalizacja z ginekologii jest warta tyle, co papier, na którym jest wydrukowana, a Śląska Izba Lekarska (o ile pan minister do tej pory nie zrezygnował oficjalnie i zgodnie z procedurami z *bycia lekarzem*), powinna zainteresować się jego umiejętnościami fachowymi i skierować go na przeszkolenie, jeśli nadal zamierza posługiwać się tytułem specjalisty ginekologa. By wykazać, jakie bzdury mówi minister Piecha, nie wspomnę, że niepłodność jest uznana przez WHO za chorobę, a *in vitro* to uznany sposób leczenia. Definicja zdrowia WHO (jeśli pan, panie ministrze jej nie pamięta, to proszę sobie jej poszukać, nie będę ułatwiał panu zadania), za element zdrowia uznaje dobrostan psychiczny, a do tego niewątpliwie przyczynia się *ominięcie problemu*, czyli posiadanie upragnionego dziecka. Posłużę się *sprawdzeniem do absurdu*. Idąc tropem myśli (!) ministra Piechy, ulubione dziecko jego szefa – sztuczne serce – także **nie leczy**. Ale zostawmy części

*zamiennie* – sztuczne stawy, kończyny, sztuczne nerki – i zajmijmy się jednym z najbardziej spektakularnych działów medycyny, czyli transplantologią (co minister zdrowia uważa za godne finansowania). Otóż (wiem, niektórych to zaszokuje), stosując kryteria ministra Piechy, działalność jego szefa także nie powinna być finansowana ze środków publicznych, gdyż przeszczep serca **nie leczy** serca, tylko **omija problem**. Mało tego, dokonując tej wymiany *fundujemy* pacjentowi inną przewlekłą chorobę, czyli reakcję gospodarza przeciwko przeszczepowi i konieczność wieloletniego stosowania leków immunosupresyjnych, które (niestety) nie są obojętne dla organizmu. Twórczo rozwijając myśl ministra można zapytać: skoro to nie jest procedura lecznicza (*in vitro* – przyp. autora), to dlaczego mogą i wykonują ją tylko lekarze? Przecież nic nie stoi na przeszkodzie, by wykonywały ją kosmetyczki, bądź weterynarze (z całym szacunkiem dla tych zawodów).



**Być w sieci.** Oto marzenie większości dyrektorów polskich szpitali. Po raz kolejny ruszyły prace nad opracowaniem sieci szpitali, czyli *leku na całe zło*. Po początkowych przeciekach, wg jakich kryteriów zalicza się szpitale do sieci, na informację nałożono embargo, co nie przyczyniło się do uspokojenia środowiska. Tak więc mamy zespół fachowców (tajne), który nie prowadzi konsultacji z zainteresowanymi (poufne), a którego efekty pracy (tajne), będą miały wpływ nie tylko na pracowników szpitali, ale także na społeczności, w których te szpitale funkcjonują (poufne). Takimi tajnymi przez poufne informacjami, a w zasadzie ich brakiem karmione jest środowisko medyczne i opinia publiczna. Czas biegnie i zbliża się październik, kiedy to projekt ministerstwa ma być przedstawiony do zatwierdzenia przez Radę Ministrów. Oczywiście, możemy być spokojni o efekty pracy ministerstwa. Przecież do tej pory wielokrotnie pokazało, jak *perfekcyjnie* i *zgodne z oczekiwaniami* środowiska opracowuje projekty aktów prawnych.



Z **sieciami** to w ogóle ciekawa sprawa, ponieważ politycy i dziennikarze jak papugi powtarzają, że szpitale i łóżek jest w Polsce, podobnie zresztą jak lekarzy. Część szpitali należy zlikwidować, o likwidacji lekarzy – przynajmniej na razie – się nie mówi. Gdy politykom przedstawia się dane statystyczne, że pod względem liczby łóżek szpitalnych jesteśmy na szarym końcu w Unii Europejskiej, niezrażeni dodają, że tak *być może*, ale na pewno *zbyt wiele jest łóżek ostrych*. Indagowani o definicję *ostrego łóżka*, politycy (a za nimi dziennikarze), nagle zaczynają się jąkać i szybko zmieniają temat, mówiąc o podnoszeniu poziomu obsługi oraz zwiększeniu efektywności wydawania pieniędzy. Zapytani o dowody, ponownie mają trudności z wysłowieniem się, po czym mówią, że w dużych szpitalach pracują lepsi fachowcy, bo mają lepszy sprzęt. Na podane przykłady małych, świetnie wyposażonych i mających wysoko kwalifikowaną kadrę szpitali czynią pseudoekonomiczne wywody uzasadniające, że duży może więcej, a małe, choć piękne, jest skazane na unicestwienie.



Po wypowiedzi ministra zdrowia o zniesieniu obligatoryjności przynależności do izb lekarskich, rozgorzała dyskusja o izbach lekarskich. Zdania, jak zwykle, były podzielone. Podziały przebiegały (ją) bardzo zdalnie i trudno przypisać jakiś pogląd pewnej grupie. Także zdania tzw. działaczy były różne i nie zawsze aprobujące istnienie izb. Część wypowiedzi była zapewne efektem idealizowania świata i niezauważania praw-

dziwych powodów, dla których ta dyskusja została przez polityków właśnie teraz rozpętana. Należałoby się zastanowić, dlaczego przez tak wielu lekarzy izba odbierana jest jako biurokratyczny twór, który nic dla nich nie robi, a dodatkowo kosztuje i czasami coś wymaga. Odpowiedź nie jest prosta. Działalność izby przypomina dla obserwatora z zewnątrz, to jak wygląda przeciętne posiedzenie Rady Okręgowej dla jej członka. Gros czasu zajmują sprawy osobowe typu przyznanie, bądź nie prawa wykonywania zawodu, konkursy, nie tylko ordynatorskie, ustalanie list np. kandydatów izbowych na konsultantów wojewódzkich, które są ważne, ale absorbują czas i energię członków RO, często zupełnie bez sensu, gdyż i tak efekt ostateczny nie od izby zależy. Po sprawach osobowych zazwyczaj jest obiad, po którym części członków RO już nie ma, a jeśli krótko po obiedzie omawiana jest kolejna sprawa z typu *musimy to przegłosować, bo tak nakazuje ustawa i tak naprawdę nasze zdanie nie ma znaczenia*, to szybko liczba uczestników RO topnieje w takim tempie, że tylko brak *złośliwego* pytania o kworum powoduje, że coś czasem udaje się omówić i ustalić w istotnych dla środowiska lekarskiego sprawach. Niestety, często z powodu późnej pory niektóre tematy spadają z programu i albo nie są wcale omawiane, albo jest to typowa *musztarda po obiedzie*. Jeśli do tego dołożymy ulubiony sport Polaków, czyli rozgrywki personalne w parterze, to nie ma się czemu dziwić, iż na termin *izba lekarska* większość reaguje bez entuzjazmu i pyta: *Co ty zrobiłeś dla izby*, pokazuje na kolegę lub mówi: *Balcerowicz, o przepraszam izba musi odejść*, nie zastanawiając się głęboko, co w zamian i jakie będą tego skutki.

### UWAGA, STOMATOŁOŻY

28 października o godzinie 10 w sali konferencyjnej Wyższej Szkoły Hotelarstwa i Gastronomii w Poznaniu przy ul. Nieszawskiej 19, odbędzie się kolejna konferencja szkoleniowa dla stomatologów.

Tematami wiodącymi będą ortodoncja i choroby błon śluzowych. Wykłady wygłoszą:

dr n. med. Mateusz Kurzawski  
dr n. med. Beata Kawala  
prof. dr hab. Teresa Matthews-Brzozowska  
prof. dr hab. Elżbieta Szponar  
dr n. med. Zbigniew Hamerlak

Uczestnicy otrzymują 8 punktów edukacyjnych.  
Koszt uczestnictwa 50 zł. Organizatorem jest Komisja Stomatologiczna WIL. Zapraszamy.



## System Zarządzania Jakością

zgodny z normą ISO 9001:2000

Oferujemy współpracę w zakresie wdrażania Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2000

DORADZTWO WDRAŻANIE SZKOLENIA

Przedsiębiorstwo Konsultingowe CERCON  
ul. Zwierzyniecka 10, 60-813 Poznań  
tel./faks (061) 847 08 84

e-mail: cercon@post.pl www.cercon.com.pl

## Peryskop

### Śmiertelnie modne cesarskie cięcia

Na świecie rośnie liczba przeprowadzanych cięć cesarskich, zwłaszcza na życzenie. Okazało się, że zwiększają one ryzyko poporodowych zgonów noworodków. Coraz większym problemem stają się niepotrzebnie wykonywane cięcia, a zwłaszcza powikłania po nich. Badaniem zjawiska zajęli się amerykańscy naukowcy. Po analizie niemal 6 mln porodów zaobserwowali, że śmiertelność wśród noworodków przychodzących na świat poprzez cesarskie cięcia na życzenie jest prawie 3-krotnie większa niż przy narodzinach siłami natury. W wypadku cesarek wykonanych u kobiet z grupy niskiego ryzyka wynosi 1,77 zgonów na tysiąc żywych urodzeń. Natomiast śmiertelność przy narodzinach drogą naturalną wynosi 0,62 na tysiąc przypadków. Takie informacje zamieszczono we wrześniowym numerze pisma *British: Issues in Perinatal Care*. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, jedynie 10–15% porodów powinno się kończyć cięciem cesarskim. Tymczasem w bogatych krajach Europy i Ameryki Północnej na świat przychodzi w ten sposób 20–30% dzieci. Według danych Ministerstwa Zdrowia, w Polsce w 1994 r. poprzez cesarskie cięcia urodziło się 13,3% dzieci, w 2000 r. 19,6%, a w 2005 r. już ponad 28%.

Na całym świecie obserwuje się rosnącą liczbę cięć cesarskich. Ten wzrost dotyczy również Polski – przyznaje dr Robert Adamowicz, ordynator oddziału położniczego w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym im. św. Rodziny w Warszawie.

Lekarze za podstawowy powód ogólnoświatowej tendencji wzrostowej porodów przeprowadzanych przez cesarskie cięcia uważają rozwój medycyny i świadomości pacjentek. Obecnie większą liczbę ciąży patologicznych udaje się doprowadzić do końca. Kiedyś niektóre z nich były skazane na poród wczesniaczy lub poronienie – twierdzi dr Krzysztof Makuch, ginekolog i członek Naczelnej Rady Lekarskiej. ([www.onet.pl](http://www.onet.pl))

### Banki krwi pępowinowej

Wiceminister zdrowia Bolesław Piecha uważa, że działalność tzw. banków krwi pępowinowej w Polsce musi zostać prawnie uregulowana. Zapowiedział, że każdy bank przechowujący krew będzie musiał wkrótce posiadać certyfikat na taką działalność. Dla wielu ludzi ta krew jest tzw. polisą na przyszłość dla nowo narodzonych dzieci. Rodzice liczą, że w komórkach macierzystych znajdzie się coś, czego w danym momencie życia zabraknie – powiedział we wtorek w Kaliszu Piecha. Podkreślił, że krew pępowinowa, po to, żeby spełnić swoje zadanie, musi być przechowywana w idealnych warunkach i musi trzymać odpowiednie parametry.

Dodał, że standardy przechowywania w bankach komórek, w tym macierzystych z krwi pępowinowej, muszą być bardzo wysokie. Rozporządzenie w tej sprawie jest na ukończeniu. Każdy bank przechowujący krew będzie musiał posiadać certyfikat Ministerstwa Zdrowia na taką działalność – zaznaczył Piecha.

Krew pępowinowa pobrana przy narodzinach dziecka zawiera więcej komórek macierzystych niż krew dorosłego człowieka, dlatego jest ratunkiem dla chorych przy przeszczepach, ale też z nowotworami. Jak mówią lekarze, taka krew jest swego rodzaju ubezpieczeniem na życie. Może być przechowywana nawet 100 lat. (PAP)