

## SPRAWOZDANIA I KOMUNIKATY

*Jerzy Czernik*

### DZIAŁALNOŚĆ ZESPOŁU KONSULTANTA KRAJOWEGO W CHIRURGII DZIECIĘCEJ W LATACH 1994-2005

Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii dziecięcej

**Panie Przewodniczący,  
Szanowne Koleżanki,  
Szanowni Koledzy,**

Kontynuując dalszy ciąg wystąpienia Prof. Kazimierza Łodzińskiego a więc historii ostatnich 11 lat pragnę zaakcentować, że ten zespół nie tylko nie został rozwiązany a wręcz przeciwnie poszerzony o Konsultantów wojewódzkich, których tryb powoływania, uprawnienia i obowiązki były określane odpowiednimi rozporządzeniami Ministra Zdrowia. Uległy one zmianom szczególnie w trybie ich powoływania podobnie zresztą jak i Konsultanta Krajowego. Ostatni akt prawny w tym względzie nosi datę 29 kwietnia 2005. Ostatnie lata działalności Konsultanta Krajowego i zespołu w dziedzinie chirurgii dziecięcej przypadają na okres burzliwej transformacji politycznej, społecznej i ekonomicznej przy tworzącej się gospodarce wolnorynkowej, w której tryby został również wciągnięty system ochrony zdrowia w naszym kraju.

W tygłu tych przemian powstało wiele zagrożeń dla pacjenta między innymi z powodu przedmiotowego traktowania chorego. Przeniesiono bowiem z przemysłu mechanizmy konkurencyjności, łącznie z nazewnictwem (nomenklaturą), które każą traktować owoc naszej pracy jako „produkt”, w dodatku produkt bardzo nisko wyceniony, który w dodatku ma być wytworzony w liczbie określonej przez kontrahenta.

Ta niska wycena naszego „produktu” była przedmiotem wieloletnich starań o wprowadzenie i zastosowanie przez Kasy Chorych i Narodowy Fundusz Zdrowia „przelicznika” dla poszczególnych grup wiekowych w chirurgii dziecięcej. Wielokrotnie w tym względzie występowałem do Ministrów Zdrowia, (których było w sumie 11), do naszych płatników byłych i obecnych o potraktowanie chirurgii noworodka jako procedury wysoko specjalistycznej, argumentując to nie tylko względami podmiotowości noworodka, ale również względami kunsztu i wiedzy chirurga operującego noworodka. Propozycje te niestety rozbijały się o mur twardych urzędniczych głów.

Niezależnie od wielu problemów, w ciągu ostatnich 11 lat, nastąpił dalszy rozwój chirurgii dziecięcej. Transplantologia pod kierunkiem prof. P. Kalicińskiego osiągnęła poziom światowy. Bardzo szybko rozwijała się chirurgia małoinwazyjna, a zakres wykonywanych zabiegów nie ustępuje ośrodkom europejskim. Rozwija się chirurgia płodu w klinikach kierowanych przez prof. J. Bohosiewicza i prof. A. Chilarskiego, a wyniki leczenia wad wrodzonych osiągnęły bardzo wysoki poziom. Stało się to możliwe dzięki ogromnej pracy i wielkiemu zaangażowaniu ordynatorów oddziałów i wszystkich kolegów, którym z tego miejsca składam wyrazy szczególnego podziwu i podziękowania.

Zespół Konsultanta Krajowego stanął przed zadaniem opracowania programu

jednostopniowej specjalizacji – programu zbliżonego do wymogów unijnych. Powołany przez Ministra Zdrowia pod moim kierunkiem zespół ekspertów w składzie: prof. Czesław Stoba, prof. Piotr Kaliciński, prof. Andrzej Chilarski, prof. Jerzy Osemlak, prof. Józef Dzielicki oraz doc. Ireneusz Kozicki - przedstawiciel CMKP, opracował trzy warianty specjalizacji jednostopniowej.

- a) rozpoczynających specjalizację po stażach klinicznych,
- b) posiadających I stopień specjalizacji,
- c) posiadających I stopień specjalizacji z innych dziedzin zabiegowych wymienionych w rozporządzeniu.

Opracowany program specjalizacji, jak już wielokrotnie wspominałem, został wysoko oceniony przez Resort i uznany jako wzorcowy dla innych specjalności. Jeszcze raz z tego miejsca pragnę podziękować członkom zespołu za włożony trud i wielkie zaangażowanie w opracowaniu tego jakże ważnego dokumentu.

12 sierpnia 2005 r. ukazał się kolejny projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów. Wydanie tego rozporządzenia uznano za konieczne ze względu na anachroniczność rozporządzenia z dnia 6.08.2001 r.

Zespół Konsultanta Krajowego oraz Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych – to dwa zespoły wzajemnie się przenikające i uzupełniające w działaniach na rzecz chirurgii dziecięcej. Odegrały one ogromną rolę w ostatnim 11 latach i w sposób niezwykle aktywny włączyły się w procesy przemian, broniąc interesów naszej społeczności i dzieci chorych chirurgicznie. Nie sposób wymienić wszystkich spotkań i spraw, które były poruszane. Do jednych z głównych należy zaliczyć prace nad katalogiem procedur. Gdyby płatnicy uwzględnili nasze wypracowane propozycje dotyczące zakresu procedur, logicznego układu jednostek chorobowych, przypisanie ich do merytorycznego wykonawcy w dniu, w dniu dzisiejszym katalog byłby bliski doskonałości. Niestety tak się nie sta-

ło. Być może ostatnie rozmowy w Funduszu, z czerwca br., stwarzają nadzieję na zmiany dla nas korzystne, jakkolwiek w moim przekonaniu pozostanie to w dalszym ciągu w sferze nic nie kosztujących deklaracji.

#### **Szanowni Koledzy**

Wprowadzenie gospodarki rynkowej w ochronie zdrowie spowodowała w pierwszym okresie pogoń za pacjentem, czego skutkiem stało się nagle zainteresowanie się dzieckiem chorym chirurgicznie przez chirurgów ogólnych.

Skala tego ze wszech miar negatywnego zjawiska przedstawiała się różnie w różnych regionach kraju. Bez wątpienia kuriozalna była i jest obecnie sytuacja w województwie warmińsko-mazurskim, gdzie na 12762 operacji wykonanych u dzieci w ogóle, 4528 wykonano w oddziałach dorosłych.

To niepokojące zjawisko było przedmiotem wielu naszych interwencji u Ministra Zdrowia w Kasach Chorych oraz Funduszu a nie dawno również między innymi ten problem przedstawiłem na Konferencji poświęconej sprawom dziecka, zorganizowanej z okazji Międzynarodowego Dnia Zdrowia w ramach WHO, która odbyła się w Sali Kolumnowej Sejmu.

Jedynymi merytorycznymi odbiorcami bardzo wielu ciekawych i ważnych dla sprawy dziecka wystąpień przedstawicieli różnych organizacji, w tym pozarządowych, były kolumny Sali Kolumnowej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

W nawiązaniu do moich interwencji u Ministra Zdrowia jeszcze na początku funkcjonowania Kas Chorych, Minister Zdrowia powołał zespół, gdzie wspólnie z prof. Lenkiewiczem opracowaliśmy standardy, które w sposób wręcz automatyczny uniemożliwiały zawieranie przez Kasy Chorych kontraktów z jednostkami do tego nieprzystosowanymi; a więc załatwiły problem rozszereżenia chirurgów ogólnych do leczenia dzieci. Ten dokument niestety nigdy nie został wykorzystany ani przez Kasy Chorych, ani też przez obecnego płatnika. Pozwolę so-

bie w tym miejscu zacytować słowa Senatora RP Prof. Bielawskiego, chirurga dorosłego, wypowiedziane w dniu 5 marca 2002 r. podczas posiedzenia Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia „Jak wynika z pobeżnej lektury, za operację przepukliny u dzieci zapłatę mogą otrzymać wyłącznie oddziały chirurgii dziecięcej. Ten prosty zabieg urzędniczy spowodował, że wykonanie operacji przepukliny u dziecka stanie się dla rodziców zabiegiem skomplikowanym, dlatego że nie w każdym szpitalu powiatowym są oddziały chirurgii dziecięcej, chociaż to można załatwić bez kłopotu w oddziale chirurgii ogólnej, gdzie limitem dla takiej operacji jest tylko posiadanie odpowiedniego aparatu do znieczulenia... . Myślę, że autorom przyświecały jakieś poza pragmatyczne przesłanki” – koniec cytatu. Sądzę, że wypowiedź ta nie wymaga komentarza, ale jednocześnie jest to wypowiedź nie tylko polityka, a przede wszystkim lekarza-chirurga – profesora.

W nawiązaniu do wystąpienia prof. Łodzińskiego, pełnego humanistycznych treści, pragnę podkreślić, że siła chirurgii dziecięcej i jej pozycja winna leżeć nie tylko w uznanych wartościach etyczno-moralnych, prezentowanych przez społeczność chirurgów dziecięcych, ale również w gruntownym wykształceniu zawodowym. Tęgo wymaga znak czasu a temu sprzyja obecna, nie spotykana w innych krajach, priorytetowa pozycja chirurgii dziecięcej jako specjalności podstawowej. Status ten z różnymi zawirowaniami udało się uzyskać przed wielu laty. Ten status to możliwość zdobywania dodatkowych 8 specjalności z dziedzin podstawowych i 9 specjalności szczegółowych – a więc możliwość dogłębnego poszerzenia wiedzy w obszarze kompetencji, w której jeszcze dzisiaj porusza się chirurgia dziecięca. Konieczność obrony naszych spraw i pozycji chirurgii dziecięcej wymagała dokonania formy inwentaryzacji, określenia „*status possessivus*” naszej specjalności nie tylko w sferze materialnej oddziałów, ale przede wszystkim w sferze zawodowej i in-

telektualnej.

Pierwsze tego typu wyniki mojej pracy, moich analiz przedstawiłem w 2000 r. w Gorlicach na Sympozjum zorganizowanym przez dr J. Kiszkę. Kolejne w ubiegłym roku w Białymstoku. Wyniki tych badań stanowiły ważny argument w rozmowach w Ministerstwie Zdrowia, Kasach Chorych i Narodowym Funduszu Zdrowia.

Dają one, nie tylko bardzo ważne informację na dzisiaj, ale uważam również, że mogą stanowić wskazówkę dla przyszłego bytu i funkcjonowania chirurgii dziecięcej w Polsce.

Pokazując przeźrocza z wyników egzaminów apeluję z tego miejsca do konsultantów wojewódzkich, a przede wszystkim do kierowników specjalizacji o rozumienie swoich zadań, swoich ról i odpowiedzialności, która spoczywa na Was jako kreatorów przyszłych specjalistów, którym przyznana przez Komisję specjalizacja, daje prawo nauczania i kierowania oddziałami. Należy wiedzieć, że Komisja ma do wglądu jedynie dokumenty zdającego, wysłuchuje najczęściej panegiriku kierownika specjalizacji, co zresztą jest rzeczą zrozumiałą i ludzką.

Kończąc, chcę przypomnieć, że w dniu 29 kwietnia br., we Wrocławiu, podczas posiedzenia Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, z okazji 50-lecia mojej Kliniki, przedstawiłem propozycję powołania zespołu młodych ludzi pod kierunkiem prof. P. Kalicińskiego z zadaniem wypracowania dalszych kierunków działań rozwoju Chirurgii Dziecięcej w Polsce na najbliższe 5-10 lat.

Składając tę propozycję miałem na uwadze fakt, że w ciągu najbliższych 3-5 lat dojdzie do całkowitej wymiany kadry kierowniczej w chirurgii dziecięcej, a następcy będą beneficentami tego, co zaplanują i co będą w stanie zrealizować.

Z całego serca Zespołowi życzę powodzenia i sukcesów w pracy dla dobra polskiej chirurgii dziecięcej

Białystok, 6-8 październik 2005