

rozmowa

Medico sovieticus

Rozmowa z dr. Grzegorzem Luboińskim, członkiem Grupy Lekarskiej ds. Rozwiązywania Problemów Etycznych przy Fundacji im. Stefana Batorego

Wiele lat temu opowiadał pan o reakcji swojego kolegi po otrzymaniu habilitacji...

Tak, powiedział mi, że teraz już do emerytury niczego nie musi robić. Najgorsze jest to, że od tego czasu nic się nie zmieniło.

Kim jest zatem profesor medycyny w Polsce?

Niestety, często świętą krową. Profesor to funkcja dożywotnia. Moja koleżanka niedawno stwierdziła, że zależy jej na zrobieniu habilitacji. Gdy spytałem, po co, odpowiedziała: – *Widzisz, będę mogła pracować do 70. roku życia.* Paranoją jest to, że człowiek, który napisał jakieś wypracowanie, może nie iść na emeryturę i blokuje miejsce młodym. Zbyt wiele mamy takich przykładów, chociażby w Warszawie – panowie czekają do 70. roku życia, pazurami wpijają się w fotele, a przez ostatnie lata walczą, żeby nie pojawił się ktoś, kto mógłby stanowić dla nich konkurencję merytoryczną. Dbają więc, aby wykreować na swoje miejsce miernotę. Taka osoba będzie bowiem musiała zatrudnić profesora na stanowisku konsultanta, by mógł jej pomóc. Z mojego podwórka, z Centrum Onkologii, można jako negatywny przykład podać prof. A.S., wobec którego prowadzone jest postępowanie w sprawie korupcyjnej. W klinice, którą kierował, nie pracuje nikt nawet ze stopniem doktora. Po 13 latach!

Jak to możliwe? Centrum Onkologii to przecież nie tylko szpital, ale i placówka naukowa, gdzie powinno się dbać o naukę, a zatem i młodych naukowców!

Jednym z powodów jest brak nadzoru. Działają komisje rozliczające z pracy młodych lekarzy naukowców. Nie ma jednak jakichkolwiek komisji, które zajmowałyby się działalnością doświadczonych pracowników z wysokimi stopniami naukowymi. To zaś powinno być podstawą. Ci doświadczeni muszą być rozliczani także z promowania młodych pracowników. Pamiętajmy ponadto, że w takiej placówce może być ktoś, kto jest świetnym lekarzem, a niezbyt dobrym naukowcem lub na odwrót. Mianowany pracownik naukowy powinien być rozliczany z badań naukowych, prac i młodych naukowców pozostających pod jego pieczęcią. Jeśli u samodzielnego pracownika naukowego nie ma otwartych dwóch przewodów doktoranckich rocznie, powinno go to dyskwalifikować. Niestety, u nas nie ma zwyczaju kontraktowania tych stanowisk. Docenta powołuje się dożywotnio. A skoro tak, to dla niego zagrożeniem jest każdy, komu przekaże swoją wiedzę. Nie jest jego chwałą ani interesem, że wykształci iluś naukowców. Osoby poczytujące to sobie za powód do dumy są wyjątkami i, niestety, czytają o nich najczęściej w nekrologach lub wspomnieniach – na przykład, że profesor XY wypromował 20 docentów i 50 doktorów. Obecni profesorowie wy-

szkolili najczęściej tylu doktorów, ilu było im potrzebnych, by zostać profesorami mianowanymi. Niewątpliwie pomysłu ministra Kudryckiej o zniesieniu habilitacji był bardzo dobry, zwłaszcza w medycynie. Podejrzewam jednak, że nie da się go zrealizować.

Dlaczego ten pomysł skazany jest na porażkę?

Przestałby istnieć stopień gwarantujący nienaruszalność. Przecież docentem można być dożywotnio! Zdarzyło się, że docent pełnił funkcję kierownika kliniki do 75. roku życia! Chociaż zgodnie z prawem stanowiska tego nie powinny zajmować osoby po 65. roku życia, gdy w klinice lub zakładzie nie ma innego samo-

„ Panowie czekają do 70. roku życia, pazurami wpijają się w fotele, a przez ostatnie lata walczą, żeby nie pojawił się ktoś, kto mógłby dla nich stanowić konkurencję merytoryczną „

dzielnego pracownika naukowego, okres zatrudnienia dotychczasowego kierownika może być przedłużony. Ten pan, po zrobieniu habilitacji, konsekwentnie nie miał żadnego doktoranta i tak funkcjonował przez dwadzieścia lat. Moim zdaniem, profesor, który przez pierwszych pięć lat profesury nie wykształcił żadnych samodzielnych pracowników naukowych, powinien być usunięty ze swojej funkcji. Habilitacja, zwłaszcza w medycynie, jest niebezpieczna. Można napisać świetne wypracowanie o regeneracji wątroby u szczura i w związku z tym zostać samodzielnym pracownikiem naukowym w klinice chirurgii. Można napisać kolejne wypracowanie o zabezpieczeniu medycznym wojsk w okresie Księstwa Warszawskiego, dostać za nie habilitację i zostać kierownikiem kliniki chirurgicznej.

Jak jest w innych krajach?

Na zjeździe onkologicznym w USA poznałem lekarza naukowca. Wręczył mi wizytówkę, na której było napisane *cancer surgeon*, nie było natomiast skrótu PhD. Spytałem go, dlaczego nie umieścił stopnia naukowego. Odpowiedział, że to wizytówka dla pacjentów. Wytłumaczył, że umieszczenie na niej informacji o stopniu naukowym obniżyłoby jego prestiż. Pacjenci są bowiem przeświadczeni, że pracownik naukowy to osoba przeprowadzająca doświadczenia na szczurach, myszach itp., nie zaś lecząca ludzi. Dla pacjentów ważne jest, że on ma określoną specjalizację, a nie to, jaki ma tytuł naukowy.



„ Polski system jest kwintesencją wad systemu prusko-bolszewickiego ”

Tymczasem w Polsce dla pacjentów ważny jest tytuł...

Oczywiście. Wystarczy zobaczyć lecznicę profesorsko-ordynatorską. To nie jest ośrodek skupiający wybitnych specjalistów, lecz profesorów i ordynatorów. Mamy do czynienia z trwale zaburzoną relacją pomiędzy kwalifikacjami zawodowymi a naukowymi. W kolejnych rozporządzeniach minister zdrowia deleguje jakieś decyzje osobie w stopniu co najmniej doktora habilitowanego. Na przykład opinia w sprawie leczenia za granicą może być wydana przez specjalistę ze stopniem docenta lub profesora. Jest to absurd. Ten docent może być specjalistą od komórki beta albo rege-

neracji wątroby u szczura, ale często nie daje mu to żadnych kwalifikacji do podejmowania decyzji dotyczących terapii.

Skoro jest tak źle, co zrobić, by było lepiej?

System konsultancki jest znacznie wydolniejszy niż ordynatorski. Profesor Bielecki, który kiedyś głośno protestował przeciwko zniesieniu ordynatury w Polsce, w Anglii kształcił się w systemie konsultanckim. Taki system – feudalny jak nasz – był jedynie w Związku Radzieckim. W niemieckim, na który często powołują się obrońcy naszego *status quo*, nie ma takich patologii, bo tam obowiązują inne zasady. Polski jest zaś kwintesencją wad systemu prusko-bolszewickiego. Zastanawiające jest to, że wszyscy, którzy mieli okazję pracować w Stanach Zjednoczonych czy w Wielkiej Brytanii, chętnie się na to powołują, ale mało kto opowiada się za wprowadzeniem tamtejszego systemu konsultanckiego w miejsce naszej ordynatury.

Kiedyś byli mistrzowie medycyny – prof. Nielubowicz, Koszarowski, Orłowski... Co się stało, że już nie ma – tak jak kiedyś – tzw. szkół, stworzonych przez profesorów?

Po pierwsze – zmieniły się czasy. Profesor Nielubowicz był świetnym menedżerem chirurgii i wychował kilku doskonałych chirurgów. Być może w tamtym okresie ludzie nie mieli tylu kompleksów, znali swoje możliwości, wiedzieli, jak to działa na świecie, że trzeba promować młodych, którzy obejmą po nich schedę. Istnieje pojęcie *homo sovieticus*, ja ukulem pojęcie *medico sovieticus*. *Medico sovieticus* narodził się w czasach, gdy partia nadawała bieg wszystkiemu i wszystkim. W tej chwili jest *samonadanie*. Poza Polską nigdzie nie słyszałem sformułowania: *ja jako docent czy profesor...* co ma być równoznaczne z wiedzą.

Dlaczego tego systemu nie da się obalić?

Kiedy minister Kudrycka zaproponowała zniesienie habilitacji, 44 profesorów napisało list protestacyjny. Dlaczego 444 doktorów czy doktorantów nie napisało listu popierającego pomysł minister? Bo każdy z nich wie, że jeśli w takim liście umieści swoje nazwisko, jego potencjalny promotor mu powie: *nie licz, że zrobisz habilitację*. Sam słyszałem z ust swojego potencjalnego opiekuna wiele lat temu, a byłem z nim skonfliktowany, że dopóki on jest w Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej, najpierw muszę dostać Nagrodę Nobla z medycyny, a dopiero potem mogę myśleć o habilitacji. Taki mechanizm u nas funkcjonuje. Nie muszę robić habilitacji, żyję z uprawiania medycyny praktycznej, ale mechanizm awansu naukowego jest – nie wiedzieć czemu – spleciony z awansem zawodowym. Przecież doskonały lekarz nie musi być świetnym naukowcem i na odwrót. Przepisy stanowią, że tytuł doktora habilito-

wanego jest równy drugiemu stopniowi specjalizacji. Ci, którzy stanowiska obsadzili, pilnują, żeby ich miejsca zajęli ci, którzy pozwolą im na zachowanie *status quo*. Każdy kolejny minister zdrowia mówi, że w medycynie nie robi rewolucji, a niestety, tu potrzebna jest taka rewolucja.

Planuje się jednak zmianę systemu ordynatury na konsultancki.

Profesor Religa jako minister obiecywał, że wprowadzi system konsultancki. Mógł to zrobić w podległych instytutach, a nie zrobił. Dlaczego? Chyba obawiał się olbrzymiego oporu, bo trudno liczyć na tych panów, że podetną gałąź, na której siedzą.

Niczego zatem nie da się zrobić?

Trzeba popatrzeć na to, co się dzieje na świecie, nie musimy wyważać otwartych drzwi. Kolejną sprawą, konieczną do uzdrowienia sytuacji jest wprowadzenie rzetelnych konkursów.

No tak, jeśli są konkursy, to czasem trudno nie mieć wątpliwości co do braku ich rzetelności. Wystarczy zobaczyć skład komisji konkursowej przy wyborze ordynatora...

Konkursy muszą być inaczej skonstruowane. Teraz są fikcją. Przekonałem się o tym na własnej skórze, ubiegając się o stanowisko dyrektora Centrum Onkologii. Konkursy są przeprowadzane w celu wybrania konkretnego człowieka. Czasem nie ma nawet wymogu, by startowało co najmniej dwóch kandydatów! Oczywiście, czasem jest taki wymóg i wtedy osoba chcąca objąć stanowisko dyrektora czy ordynatora szuka *zajęca*: namawia kolegę, by z nim wystartował. Zdarzyło się co prawda kilka razy, że nagle komisja uznała, że kolega jest lepszy i wtedy był kłopot, co z tym zrobić.

Zna pan dobrze funkcjonujące szpitale kliniczne?

Szpitale kliniczne nie mogą dobrze funkcjonować. Są w tej wspaniałej sytuacji, że nikomu nie przyjdzie do głowy, by je zlikwidować. Jak to się stało, że szpital kliniczny w Gdańsku był zadłużony na ponad 200 mln zł? Przecież taki dług przekracza pewnie wartość majątku tej placówki. Mówi się o prywatyzacji szpitali i wiadomo, że prywatny właściciel nie pozwoli dyrektorowi na tak wysokie zadłużenie. Dyrektor będzie musiał zatrudnić kierowników oddziałów czy konsultantów, którzy zapewnią odpowiednią liczbę i jakość świadczeń. Do tej pory ten system nie wprowadził żadnego nadzoru nad jakością. Okazało się, że choć NFZ, a wcześniej kasy chorych, powinien być jakością zainteresowany, wcale nie jest. Teoretycznie powinno być też zainteresowane ministerstwo, które powinno dawać akredytacje, ale takiego mechanizmu nie ma.

Mówił pan o tym, że w szpitalu prywatnym dyrektor sam dobiera kierowników oddziałów czy konsultantów, którzy dbają o jakość itd. Dlaczego w szpitalu klinicznym nie jest to możliwe?

Dlatego, że ordynator czy kierownik kliniki w szpitalu klinicznym to pan na zagrodzie. Wynika to ze słabej pozycji dyrektora, który powinien mieć autorytarną władzę, a jej w ogóle nie ma. Powinien być rozliczany z efektów szpitala. Tymczasem głównym zadaniem dyrektora jest negocjowanie kontraktów, natomiast system zatrudniania na oddziałach czy w klinikach jest już najczęściej poza nim. Niektórzy dyrektorzy chcą mieć na to wpływ, ale nie zawsze mają takie możliwości. Absolutny feudalizm zaczyna się na poziomie kliniki, gdzie kierownik decyduje, kogo zatrudnić, kto ma operować itd. Tajemnicą poliszynela jest na przykład to, że w pewnej klinice łatwiej zostać asystentem nie wtedy, kiedy się świetnie pracuje, tylko wtedy, kiedy jest się w tym samym kole łowieckim, co kierownik kliniki. On decyduje też o tym, kogo będzie leczył i jak.

Jak to wpływa na kondycję szpitala?

Jeśli weźmiemy pod uwagę, że naszym najważniejszym celem jest troska o pacjentów, to źle to wpływa na samych chorych. Nie zawsze mają oni dostęp do świadczeń najwyższej jakości. Kierownik decyduje arbitralnie, kto na przykład będzie operował – on, pan Franek, czy stażysta. Nie ma jasnych kryteriów, polegających na tym, że jeżeli ktoś przeprowadził tyle a tyle operacji danego typu, zaczyna wykonywać zabiegi innego typu, a my będziemy analizowali, co zrobił dobrze, a nad czym jeszcze musi popracować. Niektórzy konsultanci próbują wprowadzić takie mechanizmy, ale niestety, bywa że następuje wtedy coś, co nazwałbym *zarzucaniem szlabanu za sobą*, czyli od następców wymagają znacznie więcej niż wymagano od nich i w efekcie trudno takie wymagania spełnić. Dlatego konsultanci nadal mogą być gwiazdami, bo ci inni jakoś nie mogą osiągnąć tego, co oni osiągnęli.

W jaki sposób można wprowadzić kryteria jakości?

Trzeba wprowadzić standardy postępowania. Pytałem kilku ministrów, jak sobie wyobrażają koszyk świadczeń bez standardów? Przykładem może być chora na raka piersi; standardową, a zarazem najtańszą i najskuteczniejszą metodą leczenia raka piersi jest amputacja piersi razem z węzłami chłonnościami. We wczesnym stadium można stosować leczenie oszczędzające piersi. Jest to pięć razy droższe – wycina się tylko fragment piersi, ale trzeba to skojarzyć z radioterapią. Można wreszcie, jeśli wykonano mastektomię – zaoferować rekonstrukcję piersi – to jest znowu dziesięć razy droższe. Trzeba ustalić, i ja tak to sobie wyobrażam, że w koszyku świadczeń będzie mastektomia – bo to jest metoda, na którą nas stać. Jednak my oferujemy również rekon-



„ Usłyszałem z ust swojego potencjalnego promotora, że dopóki on jest w Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej, najpierw muszę dostać Nagrodę Nobla, a dopiero potem mogę myśleć o habilitacji ”

strukcję piersi. W USA (choć to trudne do porównania ze względu na kwoty przeznaczane na ochronę zdrowia) ubezpieczenie, pokrywające rekonstrukcję piersi ma zaledwie 17 proc. kobiet – a my chcemy to zaoferować wszystkim. Oczywiście, żaden polityk nie powie kobietom: *Kochane, my rekonstrukcji piersi robić nie będziemy, bo nas na to nie stać.* Ale trzeba pamiętać że jest to zabieg, który nie ratuje życia, tylko poprawia jego komfort. Trzeba jeszcze spojrzeć na to z tego punktu widzenia, że czas potrzebny do wykonania takiego zabiegu, to jest czas, w którym mniej więcej można przeprowadzić trzy

kolejne zabiegi mastektomii – czyli uratować trzy kolejne życia za cenę poprawy komfortu jednego. Jest to łatwiejsze dla rozważań moralno-etycznych. Tu właśnie jest miejsce dla ustalenia standardu.

Mówi pan o jakości, standardach... Narodowy Fundusz Zdrowia stawia przecież wymagania oddziałom, także pod względem kadrowym. To za mało?

Medycyna ma to do siebie, że istnieje grupa wysoko-wyspecjalizowanych lekarzy. Wiadomo, że nie wszyscy chorzy będą leczeni przez najlepszego specjalistę, bo on po prostu nie da rady. Jedni pacjenci będą leczeni przez jego współpracowników, inni przez uczniów, ale w związku z tym trzeba to w jakiś sposób kontrolować. Płatnik powinien być zainteresowany, by najlepszy fachowiec wyszkolił następców, by za 5 czy 10 lat nagle ich nie zabrakło. Obecnie nikogo to nie interesuje, mało tego – bywa, że nawet płatnik nie egzekwuje spełniania wymogów, które zadeklarował w swoich założeniach. Przykład: kierownikiem kliniki ma być specjalista chirurgii naczyniowej, a okazuje się, jest nim profesor, który akurat tej specjalności nie ma. Dla płatnika mit profesora czy docenta jest ważniejszy niż jego kwalifikacje zawodowe na konkretnym stanowisku.

Czy zatem minister Kudrycka powinna po prostu się uprzeć przy swoim pomysle i zlikwidować habilitację?

Uważam, że kluczem do zmiany sytuacji w naukach medycznych jest zaprzestanie celebrowania systemu habilitacji. Przecież przyznawanie habilitacji przypomina sąd kapturowy – tajne głosowanie, zdecydowana większość itd. Osoba przedstawia pracę naukową radzie naukowej składającej się z 20 osób, z czego jedynie dwie lub trzy znają się na przedstawionym zagadnieniu, a pozostałe głosują na podstawie sympatii czy antypatii. Nie ma merytorycznej dyskusji. Zmiana proponowana przez minister Kudrycką jest jednym z kluczy do desowietyzacji medycyny.

Czy to również pomoże gospodarce finansowej szpitali klinicznych?

Może w odległej przyszłości, jeśli faktycznie będą one kliniczne. Wcześniej należy doprowadzić do pewnego oddzielenia działalności naukowej od działalności polegającej na leczeniu ludzi z pieniędzy przekazywanych na ten cel przez NFZ. Często mówi się że operacja w szpitalu klinicznym jest droższa niż w szpitalu powiatowym. Wydaje mi się to nieprawdą, bo szpital powiatowy dostaje pieniądze wyłącznie od płatnika, natomiast kliniczny musi otrzymać także fundusze na szkolenia, na prowadzenie badań, naukę itd. Pieniądze te powinny być inaczej rozliczane.

Rozmawiała Justyna Wojteczek