

Chirurgia XXI wieku

Rozmowa z prof. Markiem Krawczykiem, rektorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownikiem Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby



foto: Krzysztof Kuczyk/FORUM

Jak się zaczęła pańska przygoda z medycyną?

Dość nietypowo. W mojej rodzinie nie było tradycji medycznych, nie licząc jednej z moich cioci, która była pielęgniarką. Ale miałem to nieszczęście, że na wakacjach pod Bełchatowem zламаłem rękę. Trafilem do szpitala w Łodzi. Dla młodego chłopca było to ogromne przeżycie. Nie tylko dlatego, że byłem kontuzjowany. Także dlatego, że miałem okazję przyglądać się ludziom, których misją było pomaganie innym: lekarzom, pielęgniarkom. Gdy po tym wydarzeniu zastanawiałem się, czemu poświęcić swoje życie, swoją aktywność zawodową, właśnie o tych ludziach sobie przypominałem, też chciałem pomagać innym. Medycyna to był naturalny wybór.

A chirurgia? Też zdecydowała złamana w dzieciństwie ręka?

Nie. Tu już zdecydowały studia, uczestnictwo w kołach naukowych, osobowość mistrzów, którzy wprowadzali mnie w świat nauk medycznych. Chciałbym tu w pierwszej kolejności wymienić prof. Zdzisława Łapińskiego. Starannie wybierałem specjalność medyczną. I wybrałem nie tylko specjalizację, ale i klinikę. To było 45 lat temu, ale stale jestem z nią związany, mimo zmian jej nazwy i siedziby. W moim wypadku zaczęło się to na trzecim roku studiów, od tego czasu w zasadzie nie zmieniłem miejsca pracy. I jestem z tego dumny, bo to klinika, która stale podejmowała najtrudniejsze,

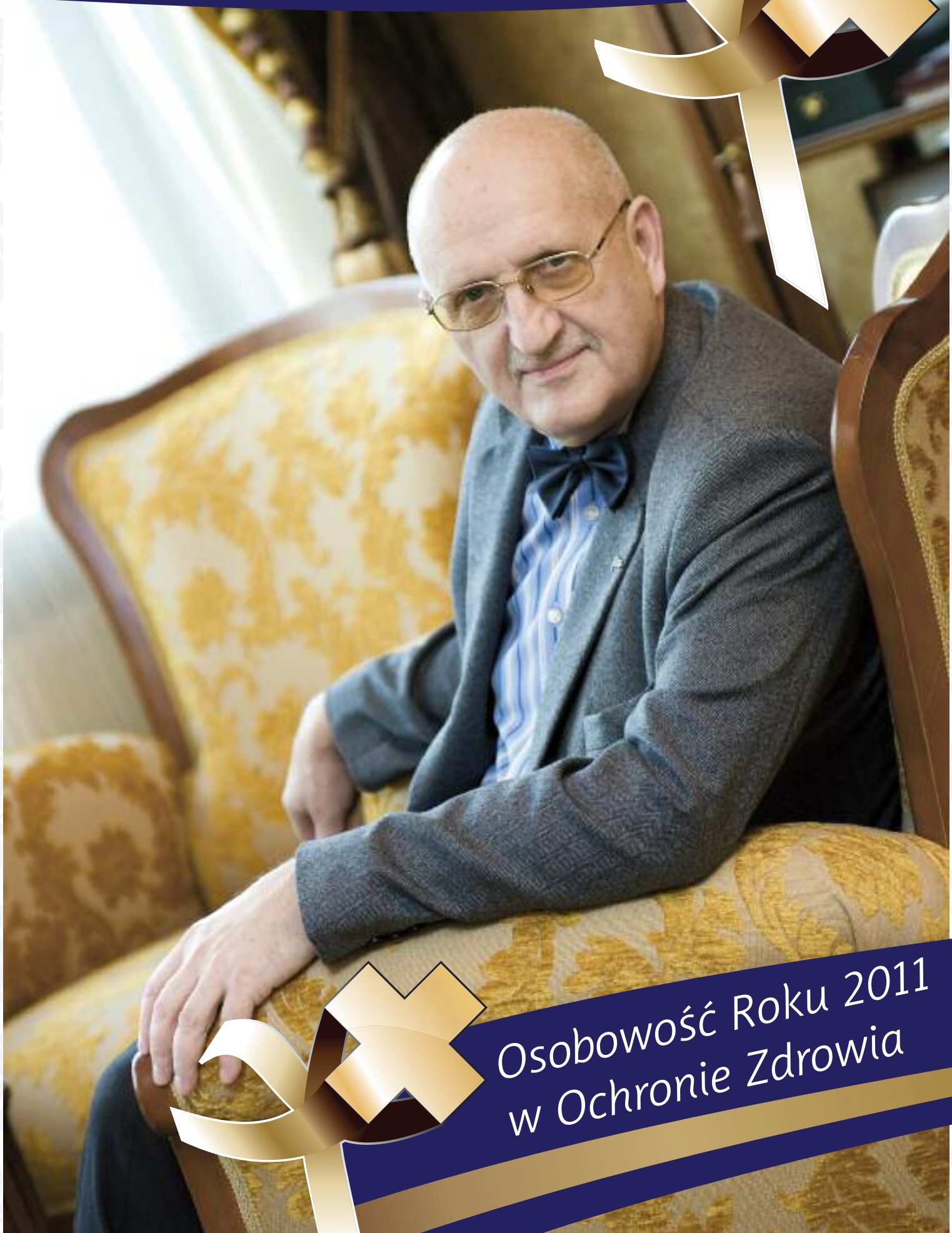
najbardziej nowoczesne wyzwania dotyczące chirurgii. Także te dotyczące transplantologii.

Mówi pan o zmianach nazwy kliniki, w której pracuje pan od 45 lat. Dziś jest to Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Nazwa wskazuje na to, czym się ta klinika zajmuje dzisiaj. Początkowo była to II Klinika Chirurgiczna z zespołem chirurgów, którzy starali się zająć tym, co w chirurgii było najnowocześniejsze. Stale staraliśmy się nadążać za postępem w chirurgii. Następnie jednostka nosiła nazwę Kliniki Chirurgii Ogólnej i Plastycznej. W późniejszych latach byliśmy jednymi z prekursorów na terytorium polskiej chirurgii małoinwazyjnej. Szukaliśmy najbardziej innowacyjnych kierunków rozwoju chirurgii – i tak koniec końców trafiliśmy na zagadnienia związane z wątrobą, którą to tematyką zainteresował nas nowy kierownik kliniki, prof. Jerzy Szczerbań, i staliśmy się Kliniką Chirurgii Ogólnej i Wątroby. Koledzy specjalizujący się w innych działach chirurgii odeszli do klinik o innym profilu. Ja, jako stypendysta Humboldta, odbyłem szkolenie w zagranicznych klinikach chirurgicznych, w tym na Uniwersytecie w Heidelbergu. W tym czasie na całym świecie do programu leczenia wątroby zaczęto włączać jej transplantację. Trzeba było przenieść światowe doświadczenia na polski grunt. Uznałem to za swoje zadanie.

Pierwsze polskie próby z przeszczepianiem wątroby były nieudane.

Tak, to było w 1989 r. Dokonaliśmy nieudanego przeszczepienia u chorej, która nie powinna zostać zakwalifikowana do tego zabiegu. Po tej porażce podjęliśmy prace na rzecz tego, by błędów w transplantacji wątroby już nie popełniać. Byłem



Osobowość Roku 2011
w Ochronie Zdrowia

członkiem grupy specjalistów, która w Paryżu u prof. Henriego Bismutha uczyła się, jak skutecznie przeszczepiać wątrobę, jak przygotować i wprowadzić skuteczny program transplantacyjny. To był zespół interdyscyplinarny, w jego skład wchodziło lekarzy różnych specjalności, nie tylko anestezjolog, ale nawet patomorfolog. To wszystko przyniosło efekt. Pierwszego udanego przeszczepienia wątroby dokonaliśmy w 1994 r. W 1998 r. objąłem kierownictwo kliniki, w której wykonywano rocznie kilka transplantacji wątroby. Było dla mnie oczywiste, że istnieje potrzeba zorganizowania prawidłowo funkcjonującego programu przeszczepień.

„ Współpracujemy z Centrum Zdrowia Dziecka w zakresie przeszczepień od żywych dawców. Liczba takich operacji stale rośnie „

To był wysiłek nie tylko medyczny, lecz także organizacyjny.

Ta organizacja to kolejna trudność. Problem, z którym musiałem się zmierzyć, wcześniej mi nieznanym, to pozyskiwanie dawców organu. Byli nimi zmarli ze stwierdzoną śmiercią mózgową, których wątroba jest zdrowa. Dawcy to najczęściej ofiary wypadków lub nagłych śmierci mózgowych, u których można wykluczyć potencjalne schorzenia wątroby, na przykład uzależnienie od alkoholu, schorzenia uszkadzające wątrobę. Na dodatek potrzebna była wiedza, czy od dawcy można pobrać organ, czy nie było jego sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów prowadzonym przez Poltransplant, czy zgadza się na to jego rodzina. Mieliliśmy pełną wiedzę na temat potrzeb, czyli informację o tym, ilu chorych uratuje przeszczepienie. Potrzebna była jeszcze wiedza o dawcach, których organy – za zgodą ich samych lub rodziny – będą mogły ratować potrzebujących. To skojarzenie wiedzy o jednych i drugich z naszą wiedzą medyczną sprawdzało się z roku na rok coraz lepiej. Krach nastąpił w roku 2007 w związku z kampanią przeciw doktorowi G.

Co się wtedy stało?

Śledztwo – albo seria śledztw, co do których nie mam pełnej wiedzy – objęło ludzi zajmujących się w Polsce transplantologią. Byli oni wzywani na przesłuchania, zaczęli się obawiać. To chyba była największa kampania w moim życiu, by przekonać pracowników ochrony zdrowia, że nie mają powodu do obaw. Że zrobili wszystko tak, jak powinni. Że gdyby Poltransplant nagle przestał zgłaszać kandydatów na dawców, to właśnie byłby błąd. A tak się właśnie stało, zgłoszeń było coraz mniej. Nad polską transplantologią, nad życiem naszych pacjentów zawisło niebezpieczeństwo. Ludzie związani z medycyną, na przykład anestezjolodzy, pielęgniarki, bali się zgłaszania kandydatów na dawców. Trzeba było to przełamać i cieszę się, że się udało.

Jakimi metodami?

Trzeba było przekonywać od nowa personel w szpitalach, które kiedyś zgłaszały przypadki, pozyskiwać do współpracy nowe szpitale w mniejszych miastach, media, wiele innych podmiotów, instytucji, opinię publiczną, że pobieranie orga-



foto: Piotr Waniorek/Forum

nów, w tym wątroby, to dobro. Nie każdy jest o tym tak dogłębnie przekonany jak ja, trzeba było przekonać do tego dobra nieprzekonanych. I to się udało. To była wielka praca i muszę podkreślić pozytywne wysiłki Ministerstwa Zdrowia, jak również coraz doskonalej działającego Poltransplantu. Mamy poparcie samego premiera Donalda Tuska, obecnej marszałek, a do niedawna minister zdrowia Ewy Kopacz, naszego parlamentu, wojewodów, marszałków, rektorów uczelni i co najważniejsze – społeczeństwa. Dzięki temu osiągnęliśmy sukces. Liczę na to, że w roku 2011 dojdzie w naszym kraju do 300 przeszczepień wątroby, przy potrzebach szacowanych przeze mnie na około 500 zabiegów. I mam nadzieję, że te potrzeby w najbliższych latach zaspokoimy w pełni. W tym roku dokonaliśmy też pierwszego przeszczepienia wątroby u pacjenta z HIV, a ogólna liczba przeszczepień dokonanych w naszej klinice wyniosła tysiąc. Chciałbym przy tym podkreślić, że w Polsce rośnie nie tylko liczba przeszczepień wątroby od osób zmarłych. Współpracujemy z Centrum Zdrowia Dziecka także w zakresie przeszczepień od żywych dawców. Mówiąc obra-

zowo – fragment wątroby pobrany od dorosłego pozwala dziecku na zrekonstruowanie całej wątroby. Liczba takich operacji stale rośnie. Liczba przeszczepień całej wątroby też. To cieszy, to wyznacznik poziomu cywilizacyjnego Polski.

Czy szpitale kliniczne poradzą sobie z nową ustawą o działalności leczniczej? Sprywatyzują się? Skomercjalizują? Przetrwają? Jest pan rektorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, czyli – jak to określają przepisy – organem założycielskim 5 szpitali klinicznych.

To problem, który może wybuchnąć niebawem. Trudny do rozwiązania. Rektorzy dostali wiele szpitali klinicznych pod zarząd wraz z olbrzymimi długami. Do klinik przyjmujemy wszystkich chorych, jesteśmy zobowiązani do leczenia najtrudniejszych przypadków, a dodatkowych pie-

„ Osiągnęliśmy sukces. Liczę na to, że w roku 2011 dojdzie w naszym kraju do 300 przeszczepień wątroby ”

niędzy na te najbardziej skomplikowane procedury nie ma. To także dlatego szpitale kliniczne borykają się z problemami finansowymi. Rozwiązaniem jest system referencyjny, tak by szpitale kliniczne mogły dostawać więcej pieniędzy za to, że leczą lepiej niż inne placówki, że podejmują się leczenia najtrudniejszych przypadków. Nie zgadzam się z twierdzeniem, że szpitale kliniczne to studnie bez dna, którym nie może pomóc podwyżka cen za ich świadczenia. Pomóc może właśnie jedynie taka podwyżka. Mówiliśmy wcześniej o transplantologii. To, że system działa jak należy, że transplantacji jest coraz więcej, to właśnie zasługa poprawnej wyceny. Nikt na tym rynku nie narzeka na brak pieniędzy. Klinika Chirurgii Ogólnej,

” Uczelnie medyczne są w stanie zwiększyć przyjęcia na kierunku lekarskim, ale muszą otrzymać z resortu zdrowia dodatkowe, odpowiednie finansowanie ”

Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w której pracuję, nie boryka się z problemami finansowymi i nie przynosi długu Samodzielnemu Publicznemu Centralnemu Szpitalowi Klinicznemu. I to najlepszy dowód na to, że tam, gdzie istnieje poprawna wycena, tam i wynik finansowy jest dobry. Tymczasem świadczenia klinik wyceniane są źle.

Będzie pan optował za tym, by kliniki stały się spółkami prawa handlowego?

Do tego pomysłu podchodzę bardzo ostrożnie. Bilans finansowy nie może być jedynym kryterium oceny szpitali klinicznych. Gdyby tak się stało, ucierpiałyby inne elementy oceny: misja społeczna, nauka czy dydaktyka. Obawiam się, że przekształcenie szpitali klinicznych w spółki prawa handlowego zagroziłoby tym, że przestałyby one zajmować się badaniami naukowymi, po macoszemu traktowałyby dydaktykę. To miałyby poważne negatywne konsekwencje dla całej polskiej ochrony zdrowia. W Polsce jest za mało lekarzy, tymczasem rektorzy publicznych wyższych szkół medycznych sprzeciwiają się możli-

wości kształcenia lekarzy w szkołach prywatnych. Do szkół medycznych przyjmujemy wąską grupę licealnych prymusów, marnujemy potencjał tych, którzy mają dużą wiedzę – choć nie na poziomie prymusa – i pieniądze na to, by wykształcić się za swoje. To właśnie zmieniliśmy. W Polsce można się kształcić na kierunku lekarskim za własne pieniądze. Ale oczywiście nie wprost w ten sposób, że kandydat na studia zgłasza się do uczelni, płaci i studiuje. Wymyśliliśmy lepszy system rekrutacji, gwarantujący, że na studia trafią najlepsi. Na naszej uczelni mamy na kierunku lekarskim 400 miejsc stacjonarnych – bezpłatnych, i 100 niestacjonarnych – płatnych. Miejsca na studiach niestacjonarnych proponujemy kandydatom, którzy na kwalifikacyjnej liście rankingowej zajęli miejsca tuż za tymi, którzy dostali się na studia stacjonarne. Uważam, że to system sprawiedliwy, gwarantujący najlepszą jakość kształcenia. Rektorzy uczelni medycznych współpracujący w ramach Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych przedstawili ministrowi zdrowia wspólny punkt widzenia na otwarcie nowych uczelni medycznych. Jest on bardzo prosty: istniejące uczelnie medyczne są w stanie zwiększyć przyjęcia na kierunkach lekarskich, ale muszą otrzymać z resortu zdrowia dodatkowe, odpowiednie finansowanie.

Co pan – Osobowość Roku – chciałby powiedzieć pracownikom ochrony zdrowia w Polsce?

– Drodzy Państwo, niezależnie od naszej pozycji w ochronie zdrowia wykonujemy najpiękniejszy zawód, nieporównywalny z żadnym innym, zawód zaufania publicznego. Nasi pacjenci są dla nas wszystkim. To, że w tym roku mnie wybrano na człowieka roku, wynika nie tylko z lat mojej pracy, ale przede wszystkim z pracy i zasług mojego zespołu. Pracowałem i będę pracować, jak umiem najlepiej, ale chciałbym, żebyśmy my, lekarze, oraz pozostały biały personel z taką samą powagą byli traktowani przez naszych szefów i decydentów, jak my traktujemy naszych pacjentów. Chciałbym wierzyć, że kolejne pozytywne zmiany w ochronie zdrowia będą szły także w kierunku docenienia naszego wysiłku poprzez wzrost wysokości honorariów.

Rozmawiał: Bartłomiej Leśniewski