



Uszczelnianie systemu

Rozmowa z prof. Markiem P. Nowackim, dyrektorem Centrum Onkologii w Warszawie, Menedżerem Roku 2003 w Ochronie Zdrowia

Czy jest Pan menedżerem?

Nie mam wykształcenia menedżerskiego. Jednak bardzo dużo uczyłem się, zwłaszcza podczas pracy w dużym szpitalu w Stanach Zjednoczonych. Zarządzałem tam przez pewien czas zespołem złożonym z rezydentów, pochodzących z kilku krajów i z lekarzy oraz pielęgniarek amerykańskich. Zdobyte doświadczenie na pewno zaprocentowało. W Polsce przez 13 lat pełniłem funkcję zastępcy dyrektora ds. sieci onkologicznej i wdrożeń.

Jako dyrektor w ciągu 4 lat wyprowadził Pan Centrum Onkologii z prawie 90-milionowego długu. Jak to się robi?

Zacząłem od diagnozy sytuacji, od przeprowadzenia audytu. Udało mi się pozyskać do tego celu panią Jedwab, mieszkającą i pracującą w Kanadzie, która miała międzynarodowe doświadczenie w tej dziedzinie. Pracowała dla nas przez 2 miesiące za przyzwoleniem rządu kanadyjskiego. Razem przeanalizowaliśmy punkt po punkcie wszystkie komórki organizacyjne Instytutu, szukając nieszczelności w systemie. I znaleźliśmy ich wiele – okazało się, np. że olbrzymie pieniądze Instytut wydawał na leki, myłono profilaktykę z leczeniem itp. Po wprowadzeniu systemu kontroli polityki lekowej nagle wydatki zmalały. Podobnie było z wprowadzeniem nowego systemu zlecenia badań dodatkowych. Po analizie okazało się, że lekarze do tej pory przepisywali zupełnie niepotrzebnie bardzo wiele drogich procedur. Zdyscyplinowanie ich dało oszczędności. To samo zjawisko dotyczyło zakupów materiałów medycznych dla potrzeb Centrum Onkologii. Nie

przestrzegano ustawy o zamówieniach publicznych i tracono na tym gigantyczne kwoty. Kiedy dyrekcja zaczęła wybierać najtańsze oferty i negocjować korzystne warunki zapłaty, koszty radykalnie spadły.

Ilu pracowników Pan zwolnił?

Nikogo nie zwolniłem z powodów oszczędnościowych. Rotacja pracowników była taka, jak zawsze. Mało tego, pod koniec pierwszego roku podwyższyliśmy płace. Chcieliśmy, żeby pracownicy widzieli sens dokonywanych przekształceń.

A co z zarabianiem pieniędzy na potrzeby Centrum?

Postanowiłem rozwinąć system badań klinicznych na zlecenie zagranicznych towarzystw naukowych i firm farmaceutycznych. Wprowadziłem zasadę, że za zleczone badania pieniądze otrzymuje i zespół, który je wykonuje, i szpital. W Centrum Onkologii aktualnie prowadzonych jest 180 badań klinicznych, które przynoszą placówce aż 10 proc. przychodu. Zarabiamy też na innych niż leczenie rzeczach, np. na prowadzeniu hotelu. Jeżeli są wolne miejsca, to można sobie w nim wynająć pokój, a niektóre firmy korzystają z niego na zasadzie stałych umów. Ostatnio wygraliśmy przetarg na obsługę kongresu medycznego, włącznie z całą obsługą cateringową.

Czy wie Pan, który oddział w szpitalu przynosi największe zyski, a który największe straty?



Na zdjęciu na lewej stronie minister zdrowia Leszek Sikorski wręcza prof. Markowi P. Nowackiemu Statuetkę
Na zdjęciu u góry od lewej: prof. Marek P. Nowacki, prof. Witold Rużyłło, prof. Zbigniew Religa, prof. Cezary Szczylik, dyr. Andrzej Kordas

Największe straty przynosi klinika leczenia chłoniaków, ok. 5 mln, ponieważ procedury leczenia tych schorzeń są wyraźnie niedoszacowane. Natomiast – co jest ewenementem – 3 zespoły zabiegowe w Centrum przynoszą zyski. Na przykład 7 chirurgów potrafiło wypracować niespełna 2 mln zł. Zarabiamy też na tym, że staramy się usprawnić organizację i bardzo szybko *uruchamiać chorego*. Jeśli nie ma powikłań pooperacyjnych, to wydajemy na leczenie znacznie mniej pieniędzy. Nasza placówka to jak mała fabryka. Liczba hospitalizowanych rośnie – w tym roku prawdopodobnie przekroczyliśmy 30 tys. – a koszty, na szczęście, maleją. Uda się bowiem – wszędzie, gdzie to tylko jest możliwe – wprowadzić leczenie ambulatoryjne. Uzyskujemy też – w sytuacji dużej konkurencji na rynku – znaczne obniżenie cen zaopatrzenia i usług.

Jakie główne cele stawia Pan przed sobą i placówką, którą kieruje, w nadchodzącym roku?

Przede wszystkim musimy uzyskać od Narodowego Funduszu Zdrowia refundację nadwykonań usług medycznych. Za rok 1999 jest to 14 mln zł, a za rok 2002 – ponad 12 mln zł. Odzyskanie tych pieniędzy, które wypracowaliśmy, znacznie polepszyłoby sytuację placówki. Konieczna jest też modernizacja infrastruktury, m.in. kotłowni, wymiana okien, czy wprowadzenie systemu informatycznego nowej generacji. Chcemy także doprowadzić do modernizacji bazy i sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego, w tym m.in. zdobycia rezonansu magnetycznego i dostępu do aparatu PET.

Jesteście jednak nie tylko fabryką, ale również instytucją powołaną do uprawiania nauki. Tymczasem na ostatnim ASCO w Chicago prezentacje polskich onkologów można było policzyć na palcach jednej ręki, a w dodatku nie wszyscy byli pracownikami Centrum.

Mogę panu przedstawić to, co będę prezentował, jako pierwszy autor prezentacji ustnej, na ECCO w Kopenhadze, a także abstrakty przygotowane na ASCO GI, które w styczniu odbędą się w San Francisco.

Mówi Pan o sobie, a gdzie są inne zespoły, inni naukowcy z Centrum?

Pod tym względem sytuacja prezentowała się nie najlepiej, ale poprawia się. Wprowadziłem np. nagrodę dyrektora za największe osiągnięcie naukowe roku. Wynosi ona 5 tys. zł i może nie jest adekwatna do skali odkryć naukowych, ale na pewno mobilizuje naszych pracowników.

Czy nauka w Centrum musi być niedochodowa?

Ależ niektórzy nasi naukowcy zdobywają środki, świadcząc usługi zewnętrzne, np. badania molekularne – dla placówek spoza Instytutu. Cztery nasze zakłady teoretyczne uzyskują dodatkowe przychody, z których dla pracowników zostaje do podziału 30 proc.

Skoro macie duży potencjał naukowy, to dlaczego w rankingu Komitetu Badań Naukowych nie przyznano wam pierwszej kategorii?

Pokutujemy za przeszłość... Zbyt duża liczba pracowników naukowych instytutu publikowała zbyt mało liczących się prac. Jak to poprawić? Trzeba ograniczyć liczbę tych, którzy figurują u nas jako pracownicy naukowcy. Bo publikacji w liczących się czasopismach na Zachodzie nie jest mało, w 2002 roku było ich 68 w renomowanych pismach o zasięgu światowym z tzw. listy filadelfijskiej. Jeżeli przypiszemy je mniejszej liczbie pracowników naukowych, to wskaźniki znacznie się poprawią. Zgromadzony tutaj olbrzymi potencjał naukowy zostanie należycie zdyskontowany. Nie uda

się tego jednak zrobić jednym pociągnięciem administracyjnym, bo nauka, którą tworzymy w Centrum służy przede wszystkim leczeniu pacjentów.

Stara się Pan o przyjęcie przez Sejm Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Gdyby otrzymał Pan dodatkowe pieniądze, np. z tego programu, na co by Pan je przeznaczył?

W pierwszym rządzie na odnowienie i rozwój radioterapii, ponieważ jest to jedna z najbardziej efektywnych metod terapeutycznych. Wydatek pierwotny jest spory, ale aparatura bardzo pomaga w leczeniu i może być wykorzystywana przez wiele lat. A w Polsce dostępność do radioterapii jest znacznie ograniczona. U nas na 1 aparat megawoltowy przypada ponad 1 100 chorych, a średnia krajowa to 500–600 chorych. Tymczasem średnia europejska wynosi 200–300 chorych na aparat. Na urządzenie do radioterapii przypada więc od 2 do 5 razy więcej chorych niż na Zachodzie. Prowadzimy swoistą gospodarkę rabunkową, bo aparatura pracuje na 3 zmiany, przez 6 dni w tygodniu. W umowach serwisowych zapisaliśmy, że przeglądy mogą być przeprowadzane jedynie w dni wolne od pracy, a więc w niedziele i święta.

Gdybyście otrzymali te pieniądze, ośrodki zostałyby doposażone, pojawiłyby się nowe, to o ile poprawiłaby się efektywność leczenia onkologicznego w Polsce?

O kilka do kilkunastu procent, a w niektórych nowotworach jeszcze więcej. Dzięki nowej aparaturze po prostu pacjenci

nie musieliby długo czekać na naświetlania, i szansa na wyliczenie byłaby znacznie większa.

Panie Profesorze, w jakim stopniu wyniki osiągane przez szpitale zależą od zarządzania?

Szacuję tę wielkość na 30–40 proc.

Jeśli przyjmę, że budżet Centrum Onkologii wynosi ok. 11 mln zł miesięcznie, to jest Pan wart 3–4 mln zł. Jaki odsetek tej kwoty Pan zarabia?

Minimalny... Jednak nie wszystko zależy od zarządzania, bardzo ważną rolę odgrywa umiejętność dogadywania się z pracownikami. Można wydawać mądre rozporządzenia, nakazy i zakazy, ale jeśli nie padają one na podatny grunt, to nic z nich nie wyjdzie. Umiejętne zarządzanie jest ważne, ale powinno być także przyjazne ludziom. Bo personel medyczny – co jest zresztą wpisane w istotę tej profesji – bardzo często działa zupełnie bezinteresownie.

Co się stanie w lecznictwie, gdy wejdziemy do Unii Europejskiej? Cieszą was prawdopodobne zmiany, czy raczej martwią?

Bardzo cieszą, z jednego podstawowego powodu: wraz z Unią powstanie szeroki, wolny rynek usług medycznych, a my – z posiadanym potencjałem – na pewno potrafimy zająć na nim dobre miejsce.

*Rozmawiał
Janusz Michalak*

Marek P. Nowacki ma 65 lat. Z pochodzenia jest Ślązakiem. Jego ojciec pochodził z Berlina i brał udział w okresie II wojny światowej w wyścigu radarowym z Niemcami. Szkołę średnią i studia skończył w Warszawie. W obecnym Centrum Onkologii pracuje od 1965 roku, z przerwami na pracę poza Polską – w Mediolanie i w kilku klinikach amerykańskich. Obecnie jest dyrektorem Centrum i kierownikiem Kliniki Nowotworów Jelita Grubego.