

Rynkowo, a jednak *pro publico bono*



fot. Tomasz Gotfryd/visavis (3x)

Szpital przemienienia

Rozmowa z Markiem Krobickim, dyrektorem Szpitala Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

Chyba żaden szpital w Polsce nie może się pochwycić taką historią, jak wasza.

Nie znam historii wszystkich polskich szpitali, ale nasz jest najdłużej nieprzerwanie działającym w Krakowie, a co zatem idzie, także i w Galicji. Jesteśmy w przededniu uroczystości związanych z 400-leciem działalności bonifratrów w Polsce. Historia zakonu zaczęła się w Krakowie w 1609 r.

Taka tradycja zobowiązuje...

Zgadza się. Zakon odzyskał szpital 10 lat temu. Od tego czasu nieustannie go odbudowujemy, ponieważ przez lata komunizmu został zdewastowany. Wyremontowaliśmy całą placówkę, a jesienią 2007 r. w zabytkowym

budynku otworzyliśmy dwie sale operacyjne, których przygotowanie i wyposażenie kosztowało 3 mln zł – podkreślam to, bo niektóre media podały 30 mln zł.

Trzy mln zł to spora suma. Jak udało wam się ją wygospodarować?

Połowa pieniędzy pochodziła z funduszy europejskich, z regionalnego programu ZPORR, reszta z własnych zasobów. W jednej sali przeprowadzane są zabiegi chirurgii ogólnej, w drugiej zaś chirurgii naczyniowej, która jest wyróżnikiem działalności naszego szpitala. Dla jej potrzeb sala została wyposażona tak, by przez całą dobę można było przyjmować wszystkich pacjentów z Małopolski w ostrych stanach zagrożenia życia, ponieważ nie ma innego klinicznego oddziału o takim profilu w naszym województwie.

Kto kieruje blokiem operacyjnym?

Szefem Oddziału Chirurgii Naczyń i Angiologii jest dr Tomasz Mrowiecki, natomiast specjalistą regionalnym ds. chirurgii naczyń prof. Andrzej Cencora. Profesor jest również kierownikiem Regionalnego Centrum Chorób Naczyń, które w naszym szpitalu zostało powołane decyzją wojewody małopolskiego. Składa się ono z oddziałów naczyniowego, angiologii, terapii wewnątrznaczyniowej i poradni chorób naczyń.

Remont sal operacyjnych i zainstalowanie w zabytkowych murach klimatyzacji laminarnej to bardzo trudne przedsięwzięcie...

Zainstalowanie klimatyzacji laminarnej, wykonanej na najwyższym poziomie technologicznym, zmusiło wykonawcę do poradzenia sobie z gabarytami pomieszczeń i sędziwą strukturą zabytkowego budynku. Mieliśmy np. do rozwiązania wiele problemów związanych z instalacją czepni powietrza montowanych na dachu, nowych przyłączy ciepłego ogrzewania i wytwarzania pary. W efekcie klimatyzacja obsługująca sale na pierwszym piętrze ma swoje elementy na dachu i w piwnicach!

Jednym z głównych problemów polskich sal operacyjnych są zakażenia. Jak radzicie sobie z minimalizacją tego zagrożenia?

Aby zminimalizować to ryzyko, na salach operacyjnych obowiązują ubrania jednorazowe. To okazało się strzałem w dziesiątkę. Ponadto wprowadzono na bloku bardzo rygorystyczne standardy postępowania i dezynfekcji, nad którymi czuwa Komitet Kontroli Zakażeń. Ponieważ nie mamy własnej sterylizacji, materiały z sal operacyjnych usuwane są do pomieszczenia, w którym następuje wstępne mycie i segregacja oraz przygotowanie do transportu na zewnątrz.

To jest opłacalne?

O opłacalności bezpośredniej można dyskutować, ale nie mieliśmy innego wyjścia. Ponadto, gdybyśmy po-

liczyli koszty wszystkich inwestycji związanych z budową własnej sterylizacji w zabytkowych budynkach, wybrane przez nas rozwiązanie na pewno przynosi szpitalowi korzyści. Jako że punkt sterylizacji znajduje się zaledwie kilometr od naszej placówki, możemy też dokonywać sterylizacji *na astro*. W szpitalu, jak wspomniano, działa Komitet Kontroli Zakażeń, wzmocniony siłami Instytutu Mikrobiologii – naszym konsultantem od lat jest doc. Małgorzata Bulanda. Każdego roku Instytut wykonuje analizę lekooporności. Na jej podstawie otrzymujemy rekomendacje dotyczące polityki antybiotykowej. W efekcie co rok nieco zmieniamy profilaktykę okołoperacyjną. Dwukrotnie też wycofaliśmy pewne antybiotyki, które po 2 latach mogliśmy wprowadzić ponownie, gdyż powróciła na nie wrażliwość.

Zakon to – mówiąc w dużym uproszczeniu – organizacja pozarządowa, a szpital działa jako nzo. Skąd pozyskujecie fundusze na takie inwestycje, jak remont sal operacyjnych?

Jesteśmy zakładem niepublicznym, jednak bez NFZ nie mieliśmy podstaw bytu – 80 proc. działalności jest finansowane z kontraktu z Funduszem. Chciałbym też przypomnieć, że nasz szpital jest pierwszą w kraju pla-

„ Nie jesteśmy szpitalem samorządowym, który popadając w długi, otrzyma wsparcie, np. z powiatu. Dlatego jestem skazany na walkę o zysk „

cówką przekształconą z jednostki publicznej w nzo. Odbłyło się to w 1997 r., a nasz kontrakt – wtedy nie istniały nawet kasy chorych – został zawarty z wojewodą, i to także było pionierskie rozwiązanie. Pieniądze na remonty i inwestycje pozyskujemy z kredytów. Trzeba było wypracować sobie wiarygodność w bankach, poprzez precyzję i transparentność w zarządzaniu finansami. To było możliwe dzięki profesjonalnemu prowadzeniu tych spraw przez młode, nowoczesnie myślące służby finansowe szpitala.

Zdaje się, że jesteście pionierami nie tylko w tej dziedzinie?

To jeszcze nie rzeczywistość dzisiejsza, ale myślimy o rozwoju opieki domowej. To przede wszystkim realizacja charyzmatu zakonnego. Mamy np. w naszym gronie 91-letniego brata bonifratra, który jeszcze niedawno chodził do chorych i robił im zastrzyki. Dwa

razy w roku organizujemy Dni Samarytańskie. Przez dwa lub trzy dni nasi specjaliści przyjmują pacjentów bezpłatnie i bez skierowań.

Jakie korzyści przynoszą państwu takie działania?

To po części wypełnienie misji szpitala, a także kontynuacja misji św. Jana Bożego, założyciela Zakonu Bonifratrów, który 500 lat temu w Hiszpanii zbierał chorych z ulicy i leczył ich w założonym przez siebie szpitalu.

Mówi się o tym szpitalu, że jest *niepubliczny inaczej*. Co to znaczy?

Statut właściciela jest taki, że ma on prowadzić działalność charytatywno-opiekuńczą i szpitala. Nasz placówka jest zatem *de facto* klasyczną organizacją *non profit*, a ewentualne zyski są reinwestowane w szpital. Ani złotówka nie zasila właściciela czy akcjonariusza. Dlatego pieniądze publiczne lokowane w nasz szpital są inwestowane w najbezpieczniejszy sposób. Dzięki temu stajemy się trzecim sektorem polskiego systemu ochrony zdrowia.

Czy wasz status nie powoduje, że może szpitalowi brakować motywacji do pozyskiwania większych pieniędzy z NFZ, bo każda nadwyżka pójdzie do zakonu...

Ależ zakon ma statutowy obowiązek inwestowania wszelkich pieniędzy właśnie w szpital! Warto jednak przy okazji zauważyć, że dotychczas na ogół wyłącznie się bilansowaliśmy – największe zyski sięgały 20–30 tys. zł. To jednak uwiarygodniło nas w oczach banków, które zauważyły naszą stabilność finansową, a przez to łatwiej nam uzyskać kredyty. Takie możliwości mamy również dzięki działalności odpłatnej, pozwalającej na pokrywanie strat wynikających z niewystarczającego finansowania działalności przez NFZ.

Jak to się dzieje, że wasz szpital jest dla banków wiarygodny, a inne takiej wiarygodności nie mają?

To wynika z historii naszych kredytów, ich spłat. Istotne jest również to, że zakon dysponuje pewnymi dobrami, mogącymi stanowić ewentualne zabezpieczenie pożyczek. Nie oznacza to, że zaufanie banków jest bezgraniczne – co miesiąc nasz budżet jest gruntownie prześwietlany. W ostatnim czasie sytuacja staje się trudna ze względu na to, że choć lekarze są na umowach cywilnoprawnych – dotyka nas, tak jak inne placówki, presja placowa.

Ile zarabiają specjaliści pracujący u braci bonifratrów?

Zarobki lekarzy składają się z dwóch elementów, wynikających z tego, że część płacy jest efektem kontraktu z NFZ, a część z pracy w obszarze prywatnym szpi-



„ Banki zauważyły naszą stabilność finansową, a przez to łatwiej nam uzyskać kredyty ”

tala. Ale wynagrodzenia są o tyle zróżnicowane, że wiele osób pracuje wyłącznie za pieniądze NFZ. Pragnę jednak podkreślić, że w szpitalu wyraźnie oddzielone są godziny pracy opłacane przez publicznego płatnika i przeznaczane na działalność komercyjną. *Summa summarum* – zarobki wynoszą 8–11 tys. zł.

Wymaga to wypracowywania ogromnych zysków!

Nie zysk jest w tym wypadku najważniejszy, lecz precyzyjne zarządzanie finansami i poszukiwanie rozwiązań, by przychody z działalności na rzecz NFZ i działalności odpłatnej były dzielone z myślą o rozwoju firmy w perspektywie kilku lat, a nie doraźnego efektu. Jednocześnie trzeba zauważyć, że nie jesteśmy szpitalem samorządowym, który popadając w długi, otrzyma wsparcie np. z powiatu. Dlatego jestem skazany na walkę o zysk. Oczywiście, w miarę swoich możliwości zakon wspiera, działalność szpitala z funduszy, jakimi dysponuje.

Jesteście niewielkim szpitalem wieloprofilowym. Na czym polega specyfika takich placówek?

Mamy 130 łóżek i jesteśmy najmniejszym wieloprofilowym szpitalem w Krakowie. Najmocniejszą naszą stroną jest chirurgia naczyniowa i chirurgia ogólna.



„ W szpitalu wyraźnie oddzielone są godziny pracy opłacane przez publicznego płatnika i przeznaczane na działalność komercyjną ”

Mamy oddział chorób wewnętrznych i angiologii. Zakładamy stenty obwodowe, wszczepiamy stentgrafty do aorty piersiowej i brzusznej. Wykonujemy ponadto coraz więcej zabiegów hybrydowych – np. stentowanie tętnic podudzia i pomost tętniczy. Do niedawna mieliśmy wojewódzką poradnię chorób naczyń, w której przyjmowaliśmy rocznie ok. 25 tys. osób. Niestety, NFZ zaproponował tak niekorzystne warunki, że na razie musieliśmy poradnię zamknąć. Na marginesie, nasz brak zgody na poziom finansowania poradni przez NFZ wynikał z tego, że za nadwykonania na intensywnej terapii zaproponowano nam odpłatność w wysokości 50 proc. wartości świadczeń, a przecież terapia ta dotyczy chorych w stanach zagrożenia życia!

Czy jest pan zwolennikiem wprowadzenia jednorodnych grup pacjentów?

Oczywiście, z jednym *ale*. System powinien być precyzyjnie wyregulowany – grupa musi uwzględniać wszystkie zdarzenia medyczne, jakie są związane z pobytem chorego w szpitalu. Jeśli to nastąpi, zyskają takie placówki, jak nasza, które wykonują wiele niezwykle skomplikowanych zabiegów. Na razie jednak nie wiemy, jak mają być wycenione grupy. Licząc *na piechotę*, wychodzi nam, że otrzymamy o 30 proc. mniej

pieniędzy. Dlatego mamy nadzieję, że nastąpi korekta pilotażowej wyceny.

Jak można naprawić sytuację w ochronie zdrowia?

Należy w końcu dopuścić prywatne ubezpieczenia. To wymusi na publicznych szpitalach racjonalizację wydatków, dzięki czemu w publicznej puli pojawi się więcej pieniędzy. Spowoduje to także, że pieniądze będą *szły za pacjentem* i jednostki oferujące usługi na wyższym poziomie będą się mogły rozwijać, inne będą musiały się restrukturyzować. Dzięki konkurencji w systemie pojawi się więcej pieniędzy, racjonalniej wydawanych. Konkurencja, jak pokazuje przykład innych krajów, to bardzo ważny element regulujący działanie systemu, także zdrowotnego.

Co pan myśli o zniesieniu limitów?

To nie jest najlepszy pomysł, bo zawsze można wygenerować taką liczbę potrzeb zdrowotnych, że nikt nie będzie w stanie za to zapłacić. Oczywiście, to wyklarowałoby sytuację i pokazało, które placówki są najlepsze. Tu jednak zderzamy się z polityką, bo wiele szpitali musiałoby upaść lub doprowadzić do głębokiej restrukturyzacji, z restrukturyzacją personalną włącznie. Tymczasem placówki medyczne są w niektórych regionach największymi pracodawcami.

Gdy mowa o finansach – wspominał pan o funduszach unijnych. Dla wielu placówek to istotny zastrzyk pieniędzy.

To kolejny paradoks instytucji kościelnej. Nie wiem, jak jest w innych województwach, ale w Małopolsce nie chce się uznać nas za przedsiębiorstwo, dzięki czemu moglibyśmy uzyskać wsparcie, zaś w innych działaniach dotyczących ochrony zdrowia zostały one skierowane tylko do placówek publicznych. I tak szpitale publiczne mają możliwość pozyskania 75 proc. funduszy, a my, wypełniając od lat bardzo ważne zadania publiczne dla regionu, jesteśmy pozbawieni jakiegokolwiek wsparcia. Jest to dla nas sytuacja nie do zaakceptowania!

Mimo wszystkich ograniczeń finansowych macie plany rozbudowy.

Tak – chcemy i musimy, także dla bezpieczeństwa pacjentów z Małopolski, zrealizować inwestycje w postaci nowych sal intensywnej terapii i operacyjnych, a za 3–4 lata wybudować nowe skrzydło szpitala, który nazywam budynkiem *wysokich technologii*. Stanie się to możliwe, gdy decydenci będą rozumieli, że nieważny jest status prawny jednostki, lecz zadania, które ona wypełnia na rzecz ubezpieczonych chorych. Równość podmiotów to podstawa optymalnego rozwoju opieki zdrowotnej w Polsce.

Rozmawiał Janusz Michalak