

Antidotum

1/2025

ZARZĄDZANIE W OPIECE ZDROWOTNEJ

**Zarządzanie oparte o fakty
to fundament**



**Bez mapy i kompasu.
Co z profilaktyką?**

**Dariusz Rajczyk:
Potrzeba spójnej strategii
i konsekwencji w działaniu**

Reprocessing narzędzi robotycznych, mikrochirurgicznych i endoskopowych



MMM – EKSPERT W STERYLIZACJI

Sterylizatory
Parowe

Sterylizatory
Niskotemperaturowe

Myjnie
Dezynfekторы

Doradztwo
i Wyposażenie

Centralne
Sterylizatornie

Centralne
Dezynfektornie

Laboratoria
i Przemysł

Farmacja

SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY



Miło nam poinformować, że po ponad 30 latach od ukazania się pierwszego numeru „Antidotum” wydajemy po przerwie kolejny numer tego czasopisma.

Zapraszamy wszystkich do współpracy w redagowaniu „Antidotum”.

Jesteśmy otwarci na wszelkie uwagi i propozycje.

Miesiąc maj zawsze kojarzyć się nam będzie z maturami, dorastaniem, rozkwitem wiosny. Mamy również świeżo w pamięci Święta Wielkanocne, które przynoszą nadzieję i radość oraz umacniają w nas wiarę, że to, co robimy ma głębszy sens. To jest nam bardzo potrzebne w tych burzliwych i nieprzewidywalnych czasach. Świat nie jest już taki, jakim był jeszcze kilka lat temu. Wiele aksjomatów przysło jak bańka mydlana.

Przekonaaliśmy się, że nic nie jest dane na zawsze. Sektor opieki zdrowotnej od lat zмага się z problemami finansowymi, kadrowymi i organizacyjnymi, jednakże funkcjonuje nadal lepiej niż powinien w tych uwarunkowaniach.

Ale to już niedługo...

Bez właściwej reformy system opieki zdrowotnej, zbudowanej ponad podziałami politycznymi, z udziałem ekspertów-praktyków sytuacja może pogarszać się dramatycznie.

Ochrona zdrowia powinna być jednym z podstawowych priorytetów nowoczesnego państwa. Obywatele oczekują od decydentów zapewnienia poczucia bezpieczeństwa (sensu stricto, ekonomicznego, zdrowotnego). Pracownikom jednostek medycznych należy zapewnić takie warunki pracy, aby zajmowali się wyłącznie tym, czym powinni – leczeniem ludzi.

Agresja, jaka obecnie dotyka pracowników sektora ochrony zdrowia jest bezprecedensowa i świadczy o kryzysie Państwa i społeczeństwa obywatelskiego.

Mamy nadzieję, że „Antidotum” będzie ludzi zbliżało do siebie, budowało porozumienie i wspólnotę, stanowiło platformę do dyskusji i wymiany myśli.

Dariusz Rajczyk

prezes Zarządu Głównego STOMOZ

Antidotum
ZARZĄDZANIE W OPIECE ZDROWOTNEJ

Czasopismo Stowarzyszenia
Menedżerów Opieki Zdrowotnej

Rok założenia 1992

ISSN: 1230-0969



Adres siedziby

STOMOZ
Stowarzyszenie Menedżerów
Opieki Zdrowotnej
ul. Złota 61 lok. nr 100
00-819 Warszawa
<https://www.stomoz.pl/>

Adres do korespondencji

Centrum Medyczne
„SILESIANA” Sp. z o.o. Szpital
41-808 Zabrze, ul. Szybowa 2 A

Biuro Zarządu

e-mail: stomoz@stomoz.pl
tel.: 32 274 47 57

Prezes Zarządu

Dariusz Rajczyk
e-mail: dariusz.rajczyk@stomoz.pl
tel.: 517 962-004

Redakcja i korekta

Paulina Prencel, dlaSzpitali.pl
e-mail: p.prencel@elamed.pl
tel.: 795 401 285

Wydawca



40-203 Katowice, al. Roździeńskiego 188C
tel. 32 788 50 01
e-mail: elamed@elamed.pl
www.elamed.pl

Druk

Drukarnia Akapit, Lublin

Czasopismo przeznaczone jest
i adresowane do specjalistów zajmujących
się ochroną zdrowia.

Kalendarium konferencji

**Sprawozdawczy Walny Zjazd
Delegatów STOMOZ
połączony z konferencją
„Aktualne problemy sektora
ochrony zdrowia”**
Hotel Geovita Perła Bieszczadów
Czarna k. Ustrzyk Dolnych
38-710 Czarna



**12-13
czerwca**

**25-26
września**

III Roztoczańskie Dni STOMOZ
Hotel Szumy Park Susiec
ul. Leśna 4
22-672 Susiec



**II konferencja STOMOZ
w Busku-Zdroju**
Sanatorium Włókniarz Busko-Zdrój
ul. Stanisława Rokosza 1
28-100 Busko-Zdrój
Hotel Gromada Busko-Zdrój
ul. Ludwika Waryńskiego 10
28-100 Busko-Zdrój



**23-25
października**

**1-2
października**

**X Konferencja
Szpital XXI wieku
– zaprojektuj, wybuduj, wyposaż**
Wydarzenie organizowane
przez „OPM” i dlaSzpitali.pl
pod patronatem STOMOZ
Hotel Artus Resort
ul. Wilcza 9
58-540 Karpacz



**VI Konferencja „Praktyczne
aspekty zarządzania jednostką
ochrony zdrowia”**
Wydarzenie organizowane
we współpracy „OPM”
i dlaSzpitali.pl oraz STOMOZ
Hotel Halo
Ul. Wrzosowa 21
43-370 Szczyrk

**6-7
listopada**



2025

SPIS TREŚCI

- 6 Zarządzanie oparte o fakty, czyli nie wierzymy piosenkom, czytamy u źródeł

Jarosław Kozera

- 9 System ochrony zdrowia wymaga spójnej strategii i konsekwencji w działaniu.

Rozmowa z Dariuszem Rajczykiem, prezesem Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej

Paulina Prencel

- 12 Bez mapy i kompasu. Rozproszona profilaktyka zdrowotna w Polsce a ambicje prezydencji w UE

Piotr Karniej

- 17 Szpitale powiatowe w kryzysie – potrzeba systemowych reform i długofalowej strategii ochrony zdrowia.

Rozmowa z Martą Nowacką, prezes zarządu Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego

Paulina Prencel

- 20 Whataboutizm i stawianie chochoła

Marek Wójtowicz

- 23 Sezonowe wahania stężenia hemoglobiny. Analiza na podstawie danych z banku krwi Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi

Adam Rzeźnicki, Dariusz Rajczyk, Krzysztof Włodarczyk, Jan Krakowiak

- 26 Akademia Zdrowia Menadżera Oddziału Dolnośląskiego STOMOZ w Smolnikach

Bożena Łapińska



Zarządzanie oparte o fakty – czyli nie wierzymy piosenkom, czytajmy u źródeł

Zarządzanie oparte o fakty nie jest modą. Jest odpowiedzią na wyzwania współczesności i fundamentem odpowiedzialnego zarządzania. To wybór trudniejszy, bardziej wymagający, ale jedyny, który naprawdę gwarantuje, że nasze działania służą dobru pacjentów i przyszłości systemu.

JAROSŁAW KOZERA

ekspert

Pracodawców RP,

były prezes

Zarządu Głównego

STOMOZ, a obecnie

członek Rady Doradczej

Wstęp: Powrót „Antidotum” i nowe wyzwania

Powrót „Antidotum” to symboliczny moment – świadectwo, że mimo zmieniających się czasów i narastających wyzwań w ochronie zdrowia, nadal istnieje potrzeba pogłębionej, merytorycznej rozmowy o istocie zarządzania.

Historia tego pisma jest nierozdzielnie związana z kształtowaniem nowoczesnego środowiska menedżerów ochrony zdrowia w Polsce. W czasach, gdy zarządzanie szpitalem czy placówką medyczną często ograniczało się do administrowania bieżącymi sprawami, „Antidotum” odważnie promowało ideę profesjonalizacji opartej na wiedzy, analizie i strategii.

Dzięki jego łamom możliwe było prowadzenie poważnych rozmów o jakości leczenia, benchmarkingu, efektywności procesów klinicznych, finansowaniu systemu zdrowia oraz roli przywództwa. Dla wielu menedżerów „Antidotum” stało się inspiracją do zmiany myślenia o swojej pracy – nie tylko jako o misji, ale jako o odpowiedzialnym zarządzaniu pu-

blicznymi zasobami. Dziś, powracając w nowej formule, pismo ponownie tworzy przestrzeń, w której odpowiedzialne przywództwo spotyka się z wiedzą opartą na faktach.

Świat, w którym dziś funkcjonujemy, stał się znacznie bardziej złożony. Ryzyka rosną szybciej niż zasoby, a oczekiwania społeczne zmieniają się dynamicznie. W takim środowisku kierowanie się wyłącznie przekonaniem, intuicją czy medialnymi narracjami przypomina słuchanie piosenek – emocjonalnych, sugestywnych, ale często oderwanych od rzeczywistości – zamiast sięgnięcia do źródeł.

Nie chodzi o to, by emocji nie było. Emocje w ochronie zdrowia są ważne. Budują empatię, motywują, czynią nas ludźmi. Ale decyzje strategiczne, te, które przesądzą o jakości leczenia, dostępności świadczeń, bezpieczeństwie pacjentów i trwałości systemu, muszą być budowane na dowodach, na danych, na racjonalnej analizie rzeczywistości.

Zarządzanie oparte o fakty nie jest modą. Jest odpowiedzią na wyzwania współczesności i fundamentem

odpowiedzialnego zarządzania. To wybór trudniejszy, bardziej wymagający, ale jedyny, który naprawdę gwarantuje, że nasze działania służą dobru pacjentów i przyszłości systemu.

Właśnie w odpowiedzi na te potrzeby stworzyłem narzędzie BI Smart Hospitals. Rozwiązanie, które umożliwia bezpośrednie, nieskażone filtrowaniem zarządzanie danymi w ochronie zdrowia. Narzędzie zostało zaprojektowane, aby eliminować pośredników pomiędzy źródłem danych a decydem, zapewniając natychmiastowy dostęp do rzetelnych informacji niezbędnych do podejmowania świadomych decyzji. Rozwiązanie to wyróżnia się wysoką elastycznością, dostosowuje się do indywidualnych potrzeb placówek, uwzględniając ich strukturę organizacyjną, zasoby oraz strategiczne cele. Jest przykładem praktycznego wdrożenia idei zarządzania opartego na dowodach. Pokazuje, że odpowiedzialne zarządzanie ochroną zdrowia wymaga nie tylko dobrej woli i doświadczenia, ale przede wszystkim dostępu do wysokiej jakości danych, umiejętności ich analizy oraz odwagi w wyciąganiu wniosków.

Taką ideę – zarządzania opartego o fakty, świadomego i odpowiedzialnego – chcę w tym artykule przybliżyć, odwołując się zarówno do doświadczeń naukowych, jak i do wieloletniej praktyki w zarządzaniu ochroną zdrowia.

Czym jest zarządzanie oparte o fakty?

Zarządzanie oparte na dowodach (*Evidence-Based Management*, EBM) oznacza systematyczne podejmowanie decyzji w oparciu o rzetelne dane, analizy i dowody empiryczne, a nie o intuicję, przeczuca czy tradycyjnie utrwalone praktyki. W ochronie zdrowia – dziedzinie, w której skutki decyzji menedżerskich mają bezpośrednie przełożenie na życie i zdrowie ludzi – znaczenie tego podejścia jest szczególnie istotne.

W praktyce EBM w ochronie zdrowia obejmuje m.in.:

- mierzenie i analizowanie jakości leczenia poprzez wskaźniki kliniczne (np. wskaźniki przeżycia, powikłań, readmisji czy satysfakcji pacjentów),
- kalkulowanie rzeczywistych kosztów procesów zdrowotnych – od poziomu jednostkowego przypadku pacjenta, przez konkretne procedury medyczne, aż po całonocowe zarządzanie zasobami oddziałów i szpitali,
- prognozowanie potrzeb zdrowotnych społeczności w oparciu o analizę trendów demograficznych, epidemiologicznych oraz zmieniających się wzorców zachowań zdrowotnych,
- systematyczne porównywanie wyników leczenia i kosztów między placówkami (benchmarking) w celu identyfikowania najlepszych praktyk i luk w efektywności.

Jednak zarządzanie oparte o dowody to coś znacznie więcej niż tylko stosowanie narzędzi analitycznych. To określona filozofia pracy. Gotowość do kwestionowania własnych przekonań, otwar-

tość na krytyczną ocenę efektów decyzji oraz stała gotowość do nauki i doskonalenia procesów. Nie wystarczy już zarządzać „po staremu”, opierając się na przekonaniu, że metody skuteczne wczoraj, pozostaną skuteczne także jutro. W warunkach szybko zmieniającego się środowiska społecznego, technologicznego i finansowego tylko te organizacje, które systematycznie uczą się na podstawie dowodów, będą zdolne do przetrwania i rozwoju.

Zarządzanie oparte o dowody to także odwaga. Odwaga, by zakwestionować przyjęte założenia, by przyznać, że pewne działania nie przynoszą zamierzonych efektów, by mierzyć efektywność własnej pracy nawet wtedy, gdy wyniki nie są wygodne.

Przejsie od intuicyjnego podejmowania decyzji do zarządzania opartego na danych oznacza fundamentalną zmianę w kulturze organizacyjnej:

- od przekonania do dowodów,
- od subiektywnych ocen do obiektywnych analiz,
- od reaktywności do proaktywnego, predykcyjnego zarządzania ryzykiem.

W tym kontekście niezwykle istotną rolę odgrywa umiejętność wykorzystania narzędzi analitycznych, poczynając od prostych analiz wskaźnikowych, przez analizy przyczynowo-skutkowe, aż po zaawansowaną analitykę predykcyjną i zastosowanie sztucznej inteligencji w prognozowaniu wyników leczenia czy optymalizacji procesów operacyjnych.

Umiejętność dostrzegania wzorców ukrytych w danych, przewidywania ryzyk i szans, a następnie podejmowania decyzji w oparciu o prognozy (a nie wyłącznie o bieżące symptomy) staje się kluczową kompetencją menedżera ochrony zdrowia nowej generacji.

Jednocześnie EBM niesie ze sobą zobowiązanie do odpowiedzialności za jakość świadczonych usług, za efektywność wykorzystania środków publicznych, za bezpieczeństwo pacjentów oraz za długofalową trwałość systemu ochrony zdrowia.

Nie wystarczy już „czuć, że tak będzie lepiej”. Dziś menedżer ochrony zdrowia powinien mieć odwagę i kompetencje, by powiedzieć: „Wiem, że tak będzie lepiej, bo dane i dowody na to wskazują”.

Zarządzanie oparte o fakty nie ogranicza się do technologii czy narzędzi. Jest wyrazem nowoczesnego, odpowiedzialnego przywództwa. Takiego, które potrafi dostrzec zmieniającą się rzeczywistość, zmierzyć się z jej złożonością i prowadzić organizację ochrony zdrowia w sposób świadomy, skuteczny i odporny na zmienność otoczenia.

Barьеры i wyzwania

Mimo korzyści płynących z zarządzania opartego na dowodach, jego wdrażanie napotyka w praktyce wiele barier, które spowalniają zmiany lub prowadzą do ich powierzchowności.

Barьеры techniczne obejmują przede wszystkim brak interoperacyjności systemów informatycznych oraz trudności w agregacji danych z różnych źródeł. ►

- Wciąż zbyt często dane kliniczne, administracyjne i finansowe funkcjonują w odrębnych „silosach”, uniemożliwiając całościowe spojrzenie na organizację.

Barieri kompetencyjne wynikają z niedoboru specjalistycznej wiedzy analitycznej wśród kadry zarządzającej. Umiejętność interpretacji danych, identyfikacji trendów czy analizy predykcyjnej wciąż nie jest standardowym elementem kompetencji menedżerskich.

Barieri kulturowe to głęboko zakorzeniony opór przed zmianą oraz niechęć do mierzenia i publicznego rozliczania efektywności własnej pracy. Dane mogą ujawnić słabości, co często budzi lęk przed utratą pozycji czy koniecznością głębokiej reorganizacji.

Barieri organizacyjne to brak spójnych strategii zarządzania informacją, niedopasowanie systemów IT do potrzeb analitycznych oraz niewystarczające wsparcie ze strony najwyższego kierownictwa dla inicjatyw opartych na danych.

Wielu menedżerów boi się „niewygodnych prawd”, jakie mogą ujawnić dane, jednak bez odwagi do zmierzenia się z faktami, żadna organizacja nie ma szans na trwały rozwój, poprawę jakości ani zwiększenie efektywności działania.



Zarządzanie oparte o dowody to coś znacznie więcej niż tylko stosowanie narzędzi analitycznych. To określona filozofia pracy. Gotowość do kwestionowania własnych przekonań, otwartość na krytyczną ocenę efektów decyzji oraz stała gotowość do nauki i doskonalenia procesów

Przyszłość: Health 4.0 i predictive analytics

Nowoczesna ochrona zdrowia zmierza w stronę modelu **Health 4.0**, w którym dane stają się podstawowym surowcem dla podejmowania decyzji. Transformacja ta opiera się na kilku kluczowych filarach:

- wykorzystaniu **Big Data** i **analitiky predykcyjnej** do identyfikowania trendów zdrowotnych, ryzyk klinicznych i optymalizacji procesów,
- rozwoju **Internetu Rzeczy Medycznych (IoMT)**, czyli sieci połączonych urządzeń monitorujących pacjentów w czasie rzeczywistym,
- wdrażaniu **sztucznej inteligencji** wspierającej diagnostykę, analizę obrazową, planowanie terapii i zarządzanie procesami klinicznymi.

Placówki, które już dziś inwestują w rozwój kompetencji analitycznych, budowę interoperacyjnych systemów danych oraz wdrażanie narzędzi predykcyjnych, za kilka lat będą liderami rynku zdrowia. Będą potrafiły szybciej reagować na zmieniające się potrze-

by pacjentów, lepiej zarządzać zasobami i skuteczniej konkurować o finansowanie.

Te, które zignorują te trendy i pozostaną przy tradycyjnych modelach zarządzania opartych na intuicji i doraźnych decyzjach, będą skazane na dryfowanie w nieprzewidywalnym i coraz bardziej wymagającym otoczeniu.

Jednak wdrożenie idei Health 4.0 w warunkach polskich napotyka na poważne bariery strukturalne. Jedną z kluczowych przeszkód, jak wykazałem w mojej pracy doktorskiej, jest **polityka dostawców systemów informatycznych dla szpitali**. Wielu z nich świadomie utrzymuje zamknięte architektury systemowe, które ograniczają możliwość integracji nowych rozwiązań analitycznych, utrudniają dostęp do danych i blokują interoperacyjność wymagającą otwartych standardów.

Takie działania, choć często motywowane bezpieczeństwem lub stabilnością rozwiązań, w praktyce **hamują wdrażanie nowoczesnych technologii, w tym sztucznej inteligencji i analitiky predykcyjnej**. Placówki zależne od zamkniętych systemów stają się zakładnikami przestarzałych technologii, tracąc zdolność do szybkiej adaptacji, innowacji i pełnego wykorzystania potencjału danych medycznych.

Bez zasadniczej zmiany podejścia do polityki danych i interoperacyjności, wdrożenie modelu Health 4.0 w polskiej ochronie zdrowia będzie procesem fragmentarycznym, powolnym i ograniczonym jedynie do wąskich obszarów.

Pełne wykorzystanie potencjału danych w ochronie zdrowia wymaga odwagi nie tylko po stronie menedżerów, ale także zmiany postaw wśród dostawców technologii.

Zakończenie: nie wierźmy piosenkom – czytajmy u źródeł

Świat ochrony zdrowia staje dziś przed wyzwaniami, które wymagają nowego podejścia do zarządzania – opartego nie na intuicji, tradycji czy presji opinii publicznej, ale na dowodach, danych i rzetelnej analizie. Powrót „Antidotum” przypomina nam, że odpowiedzialne przywództwo to przede wszystkim gotowość do sięgania do źródeł, krytycznej oceny rzeczywistości i podejmowania decyzji w oparciu o sprawdzone informacje.

W świecie pełnym emocjonalnych narracji prawdziwą przewagą konkurencyjną będzie nie to, kto głośniej mówi, ale kto dokładniej analizuje. Nie możemy pozwolić sobie na dryfowanie za medialnymi nastrojami, lecz musimy tworzyć organizacje, które swoje działania budują na solidnym fundamencie danych.

Przyszłość ochrony zdrowia należy do tych, którzy odważą się patrzeć głębiej, kwestionować utarte schematy i kierować się dowodami, a nie emocjami. W zarządzaniu nie chodzi bowiem o to, by wierzyć piosenkom. Chodzi o to, by umieć czytać rzeczywistość taką, jaka jest – w liczbach, faktach i analizach. ■



Rozmowa z **Dariuszem Rajczykiem**,
prezesem Zarządu Głównego
Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej

System ochrony zdrowia wymaga spójnej strategii i konsekwencji w działaniu

Paulina Prencel: Jakie najważniejsze wyzwania stoją dziś przed ochroną zdrowia w Polsce?

Dariusz Rajczyk: Wyzwania, z którymi mierzy się ochrona zdrowia w naszym kraju, nie są nowe – od lat pozostają właściwie niezmiennie. Mówimy tu przede wszystkim o zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom. Polacy oczekują, że będą mieli szybki i sprawny dostęp do świadczeń medycznych oraz odpowiedniego leczenia – to niby niewiele, a jednak w praktyce okazuje się trudne do zrealizowania. Dążenie do poprawy jakości i długości życia społeczeństwa powinno być celem strategicznym każdej ekipy rządzącej.

Do tego dochodzą również inne aspekty – takie jak gotowość systemu ochrony zdrowia na ewentualny wybuch kolejnej epidemii, zagrożenia o charakterze terrorystycznym czy nawet wojskowym. Dzisiejsze czasy wymagają kompleksowego podejścia do ochrony zdrowia – zarówno na poziomie organizacyjnym, jak i strategicznym.

Jakie działania lub usprawnienia należałoby wdrożyć, by system ochrony zdrowia mógł funkcjonować lepiej i sprawniej?

Podstawą musi być dobrze opracowana, długofalowa strategia, która nie będzie zmieniana co kadencję. ►

- Niestety, często zdarza się, że system ochrony zdrowia podlega presji bieżącej polityki, co uniemożliwia wdrażanie długoterminowych reform. Strategia ta powinna obejmować kluczowe elementy systemu: od podstawowej opieki zdrowotnej, przez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, aż po szpitale i opiekę długoterminową. Konieczna jest lepsza koordynacja pomiędzy tymi segmentami, zwiększenie dopływu kadr medycznych, znaczące zwiększenie finansowania leczenia i profilaktyki oraz prowadzenie rzeczywistego dialogu między Ministerstwem Zdrowia a środowiskiem medycznym i organizacjami sektorowymi.

Które z tych obszarów wymagają najszybszej interwencji?

Wszystkie wymienione obszary są pilne i równie istotne, ale jeśli miałbym wskazać te najważniejsze z punktu widzenia pacjenta i funkcjonowania systemu, to byłaby to koordynacja opieki zdrowotnej i jej finansowanie. Obecnie obserwujemy brak płynności pomiędzy POZ-ami, AOS-ami i szpitalami. To powoduje, że pacjent błądzi między poziomami opieki, a cały system traci efektywność. Finansowanie to osobna kwestia – potrzebne są realne wyceny procedur medycznych, zniesienie limitów na świadczenia, coroczna indeksacja kontraktów z NFZ z uwzględnieniem inflacji i rosnących kosztów. A na to wszystko musi być nałożony stały i konstruktywny dialog między wszystkimi interesariuszami systemu – tylko wtedy można mówić o zarządzaniu, nie o gaszeniu pożarów.

Czy dostrzega Pan jakiegokolwiek pozytywne zmiany w ochronie zdrowia w ostatnich latach?

Oczywiście, mimo wielu wyzwania, nie sposób nie dostrzec pozytywnych aspektów. Przede wszystkim poprawie uległa infrastruktura – wiele jednostek ochrony zdrowia zostało zmodernizowanych, powstały nowe budynki, oddziały, poprawiono wyposażenie. Warto wspomnieć o coraz powszechniejszym wykorzystaniu nowoczesnych technologii w diagnostyce, leczeniu, a także w zarządzaniu placówkami. Ogromnym wysiłkiem całego środowiska udało się również przetrwać epidemię COVID-19. Oczywiście było to okupione gigantycznym wysiłkiem i wyrzeczeniami ze strony personelu medycznego, który niejednokrotnie pracował w skrajnych warunkach. Trzeba też docenić, że w ostatnich latach udało się zapewnić wzrost wynagrodzeń dla wielu grup zawodowych w ochronie zdrowia – choć tempo i skala tych podwyżek nadal są przedmiotem dyskusji.

Jaką rolę odgrywają obecnie nowoczesne technologie w funkcjonowaniu szpitali i całego systemu?

Technologie są dziś nieodłącznym elementem nowoczesnej medycyny – trudno sobie wyobrazić szpital czy nawet przychodnię funkcjonującą bez odpowiednich systemów informatycznych. Mówimy o rozwiązaniach takich jak systemy HIS, PACS i RIS do obrazowania medycznego, robotyce chirurgicz-

nej, telemedycynie, aplikacjach mobilnych czy systemach komunikacji wewnętrznej. Te technologie pozwalają nie tylko na poprawę jakości i precyzji świadczeń medycznych, ale również na skrócenie czasu diagnozy, lepszą organizację pracy i bezpieczeństwo pacjenta. Ich implementacja poprawia też komunikację – nie tylko w ramach zespołu medycznego, ale również w relacji pacjent–lekarz. Problemem jest jednak ich koszt – zarówno zakupu, jak i utrzymania. A przecież postęp technologiczny nie zwalnia, dlatego systematyczne inwestycje w tym zakresie muszą stać się priorytetem.

A co z zagrożeniami związanymi z cyberbezpieczeństwem? To temat coraz częściej poruszany także w ochronie zdrowia.

To bardzo poważny problem, którego znaczenie z każdym rokiem rośnie. Placówki medyczne stały się celem cyberataków, ponieważ przechowują ogromne ilości danych osobowych – historie chorób, numery ubezpieczeń, dane wrażliwe. Ochrona tych danych to nie tylko obowiązek etyczny, ale też prawny. Dlatego konieczne jest wdrażanie odpowiednich zabezpieczeń sieciowych, systemów antywirusowych i zapór sieciowych, ale też regularne szkolenia personelu – nie tylko medycznego, ale również administracyjnego. Często ludzki błąd jest najsłabszym ogniwem całego systemu bezpieczeństwa. Wskazane jest także wdrożenie stałego nadzoru nad infrastrukturą IT, zarządzanie ryzykiem i odpowiednie reagowanie na incydenty. Na szczęście obserwuję, że wiele placówek już podjęło konkretne działania w tym kierunku, także dzięki środkom przekazywanym przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Trzeba jednak pamiętać, że cyberbezpieczeństwo nie jest stanem – to proces, który wymaga ciągłej czujności i doskonalenia.

Jaka jest według Pana rola organizacji takich jak STOMOZ w systemie ochrony zdrowia?

W moim przekonaniu STOMOZ, czyli Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, ma dziś do odegrania bardzo ważną rolę. W czasach dynamicznych zmian i rosnących wymagań wobec systemu zdrowia takie organizacje powinny integrować środowisko, promować profesjonalne zarządzanie i wymianę doświadczeń, a także działać na rzecz ciągłości pokoleniowej w sektorze. Włączenie młodych menedżerów i specjalistów do struktur zarządzania placówkami medycznymi jest kluczowe dla przyszłości całego systemu. STOMOZ może być forum dialogu, platformą do wypracowywania wspólnych rozwiązań i merytorycznym partnerem dla administracji publicznej. Mam nadzieję, że najbliższe lata – choć z pewnością niełatwe – będą okresem konsolidacji środowiska, wzmacniania roli profesjonalnego zarządzania i budowania systemu, który wreszcie skupi się na pacjencie i jego realnych potrzebach.

Dziękuję za rozmowę.



4 kroki do przeprowadzenia sprawnej inwestycji medycznej

Placówki medyczne, chcąc skutecznie realizować inwestycje, w tym z udziałem środków zewnętrznych jak np. KPO – muszą zmierzyć się z rosnącą presją na terminowość, efektywność i odpowiedzialne gospodarowanie budżetem. Wymaga to szczególnie starannego przygotowania każdego projektu. Kluczowe znaczenie ma tu zarówno wybór modelu realizacji, jak i właściwa organizacja już na etapie planowania.

Gotowość zaczyna się od planu

Realizując projekty dla placówek medycznych zauważyliśmy, że przechodzą one przez 4 kluczowe etapy, które – jeśli zostaną odpowiednio przeprowadzone – znacząco zwiększają szanse na sprawną, terminową i zgodną z planem realizację inwestycji.

Pierwszym krokiem jest **analiza potrzeb i organizacja Wstępnych Konsultacji Rynkowych (WKR)**. To właśnie ten etap pozwala zamawiającemu precyzyjnie dopasować przedmiot zamówienia do rzeczywistych potrzeb i budżetu oraz lepiej określić optymalne kryteria oceny ofert. Co najważniejsze, ogranicza w ten sposób ryzyko niepowodzenia przetargu oraz późniejszych opóźnień i niezgodności.

Drugim etapem jest **wybór modelu realizacji** – placówka decyduje, czy zamówienie będzie realizowane w trybie pakietowym, czy jako jedno kompleksowe zamówienie. Trzecim krokiem jest staran-

ne **przygotowanie przetargu** – tu znaczenie mają wysokie wymagania wobec dostawców, precyzyjne zapisy dotyczące wyrobów i pełne rozumienie i stosowanie zasady konkurencyjności oraz efektywności. Czwarty krok to **zorganizowana realizacja** – zespół koordynujący, harmonogram dopasowany do warunków placówki i szybki proces odbiorów.

Kompleksowo znaczy bezpiecznie i efektywnie

W **modelu pakietowym** to zamawiający odpowiada za koordynację wielu dostawców, co rodzi spore ryzyko operacyjne: rozproszenie odpowiedzialności, trudności z integracją harmonogramów, problemy przy odbiorach i wzrost kosztów pośrednich. W praktyce wiele placówek, mimo najszczerzych intencji, doświadcza chaosu organizacyjnego i napięć w trakcie realizacji.

Model kompleksowy oznacza jeden przetarg i jednego wykonawcę – i jedno

źródło odpowiedzialności. Zamówienie obejmuje dostawę, montaż oraz integrację wszystkich komponentów inwestycji. Pozwala to na skrócenie czasu realizacji, zachowanie spójności jakościowej i estetycznej, a także uproszczoną kontrolę przebiegu inwestycji. Co równie istotne, zmniejsza się ryzyko utraty dofinansowania z powodu błędów lub opóźnień.

Integrator z doświadczeniem

FORMED działa jako wykonawca realizacji kompleksowej – integrujemy dostawę sprzętu, mebli i aparatury oraz odpowiadamy za logistykę i montaż. Klient otrzymuje jeden harmonogram i jedną osobę koordynującą. Potrafimy przewidzieć typowe trudności i skutecznie im zapobiegać.

Dobrze zaplanowana inwestycja to nie tylko dokumentacja, ale przede wszystkim sprawna realizacja. Kompleksowe podejście z jednym wykonawcą pozwala placówkom skupić się na leczeniu – nie na zarządzaniu logistyką.

Jeżeli chcesz dowiedzieć się więcej, zeskanuj QR kody

Porównaj zalety oraz wady zamówienia pakietowego i kompleksowego



www.bit.ly/zalety-wady

Obejrzyj wideo z naszych kompleksowych realizacji



www.bit.ly/filmy-realizacje

Zobacz katalog z referencjami z wybranych inwestycji



www.bit.ly/katalog-ref

Doskonale wiemy o doniosłej roli profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia w zapobieganiu zachorowaniom, wysokim kosztem leczenia i unikaniu niepotrzebnego, kosztownego oddziaływania terapeutycznego, ale ta wiedza nie przekłada się na określone działania. System opieki zdrowotnej w Polsce jest wysoce zmedykalizowany.

Bez mapy i kompasu

Rozproszona profilaktyka zdrowotna w Polsce a ambicje prezydencji w UE

PIOTR KARNIEJ

specjalista zdrowia publicznego, członek zarządu Oddziału Dolnośląskiego STOMOZ

Wprowadzenie

Pierwsze półrocze roku 2025 jest wyjątkowo ważne dla Polski jako kraju przewodniczącego Radzie Unii Europejskiej, ponieważ w ramach tej prezydencji pojawia się szansa wskazania pozostałym krajom członkowskim priorytetów działań, jakie powinny zostać podjęte, m.in. w obszarze zdrowia. Polska jednym z takich priorytetów ustanowiła profilaktykę zdrowotną i promocję zdrowia, co jest bardzo wartościową inicjatywą, gdyż jak wiadomo jest to jeden z najtańszych,

ale najbardziej efektywnych sposobów budowania zdrowia społeczeństwa, zdrowia publicznego.

Nie da się jednak ukryć pewnego zaskoczenia, bowiem doświadczenia naszego kraju w tym zakresie nie są zbyt imponujące. Nie posiadamy jednego skoordynowanego modelu profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia, nie realizujemy spójnych i wynikających z siebie programów zdrowotnych, wreszcie nie przeznaczamy na ten cel środków, które dawałyby szansę na poprawę stanu zdrowia obywateli w dają-



cej się przewidzieć perspektywie czasowej. Dlaczego więc zdecydowano się na taki krok, aby profilaktykę wpisać jako jeden z priorytetów? Wydaje się, że głównym powodem był właśnie ten niedostatek środków finansowych i – co też trzeba podkreślić – brak pomysłów na zbudowanie wspólnej strategii profilaktyki. Jeśli udałooby się zaproponować unijne wsparcie dla tych działań, może pozyskalibyśmy pieniądze, dzięki którym nasze programy profilaktyki zdrowotnej ruszyłyby naprzód. Czy jednak można na to liczyć? Jak dotąd zdrowie publiczne nie było w Polsce dziedziną nadmiernie docenianą przez rządzących (to w zasadzie brzmi jak elegancki eufemizm). Narodowy Fundusz Zdrowia czy samorządy lokalne nie przeznaczają na nie wystarczających środków, rola konsultantów krajowych, wojewódzkich, ekspertów w tej dziedzinie była i jest marginalizowana także tam, gdzie wydawać by się mogło zdrowie publiczne posiada nie tylko gotowe metody, ale też sprawdzone narzędzia działania. Decydenci na wszystkich szczeblach wolą decydować sami, w oparciu o bardziej lub mniej wiarygodne statystyki, przekonania czy wrażenia. Widoczny jest też w podejmowanych decyzjach brak doświadczenia lub wprost marnotrawstwo środków.

Zintegrowana opieka zdrowotna jest celem, do którego zmierza system ochrony zdrowia w wielu jego wymiarach. Mówimy dzisiaj o budowaniu systemu koordynacji w podstawowej opiece zdrowotnej, opiece

specjalistycznej, onkologicznej, kardiologicznej, jednak nie zwracamy uwagi na to, że wszystkie te rozwiązania dotyczą tego samego pacjenta, którego chęć dbania o swoje zdrowie jest umiarkowana, brak jest motywatorów do podejmowania zdrowych aktywności, a jego dotychczasowe doświadczenia z ochroną zdrowia skupiają się raczej na czekaniu w kolejkach niż na sprawnym, kompleksowym zrealizowaniu uzasadnionych potrzeb. Czy więc w takim otoczeniu da się budować profilaktykę na miarę ambicji europejskich?

Z czym приходzimy

Profilaktyka zdrowotna w Polsce jest obszarem niezwykle rozproszonym. Zaczynając od samego początku, znajdziemy ją w instytucjach edukacyjnych, przedszkolach i szkołach, gdzie dzieci i młodzież nauczone są właściwego dbania o swoje zdrowie, higienę, zwracanie uwagi na zmieniające się ciało, motywowane są do unikania zagrażających zdrowiu używek czy zachowań. Zadania te realizowane są zarówno przez pedagogów jak i pielęgniarki i higienistki środowiska nauczania i wychowania. O ile można powiedzieć, że budowanie zachowań zdrowotnych w najmłodszym wieku powinno przynosić najlepsze rezultaty, o tyle nie można nie dostrzegać, że statystyki obejmujące inicjację nikotynową (palenie papierosów oraz używanie alternatywnych wyrobów nikotynowych), nadmierną masę ciała, używanie substancji psycho- ▶

- ▶ aktywnych, alkoholu wykazują wysokie współczynniki nieskuteczności podejmowanych działań. Bo właśnie w grupie dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych (dla przykładu inicjacja nikotynowa dotyczy już dzieci 12-13 letnich) obserwujemy brak podstawowych kompetencji dotyczących zdrowego stylu życia czy profilaktyki chorób.

Dalsze etapy profilaktyki zdrowotnej realizowane są już w odniesieniu do ogółu społeczeństwa, zaczynają się w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie dumnie wspomina się o opiece koordynowanej. Niestety przy bliższym poznaniu tego modelu organizacji opieki nad pacjentami dostrzec można liczne niedoskonałości i nieefektywności, które szczególnie w obszarze profilaktyki stawiają pod znakiem zapy-

(głównie Instytucji Pośredniczących w projektach europejskich), to warto przyrzeć się bliżej wskaźnikom jakie zostały tam zdefiniowane. Okazałoby się w większości przypadków, że znajdziemy wskaźniki dotyczące wykonanych czynności (np. liczba osób, które skorzystały z projektu), a nie dotyczących zmiany postaw czy wzrostu kompetencji uczestników (np. liczba osób, które dzięki podjętym działaniom rzuciły palenie). W taki sposób przejadane są wielkie pieniądze które z założenia mają na celu zmianę postaw społecznych i poprawę stanu zdrowia Polaków, a w rzeczywistości stanowią atrakcyjne źródło przychodów dla realizatorów tych projektów. Warto też wspomnieć, że w tych projektach na palcach jednej ręki można policzyć zaangażowanie specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego, profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia czy absolwentów studiów na kierunku zdrowie publiczne, którzy – jakby się mogło wydawać naiwnie – powinni być pierwszymi zaangażowanymi do tego typu działań.

Osobnym, ale nie mniej ważnym obszarem działań profilaktycznych, jakie zasługują na wspomnienie, są działania związane z profilaktyką zakażeń i chorób przenoszonych drogą płciową. W Polsce tym zagadnieniem nie zajmuje się zbyt wiele instytucji, gdyż jest to temat „wstydlivy” i niestety traktowany zbyt często jako dedykowany tylko poufnym dyskusjom pomiędzy lekarzem i pacjentem. Nawet sami lekarze bardzo niechętnie podejmują te rozmowy, bo nie czują się kompetentni w rozmowie, sami mają niejednokrotnie ograniczenia wstydu (co wynika z kultury wychowania w kraju, gdzie seksualność była i ciągle jest tematem tabu), kierują pacjentów do dermatologów-wenerologów, lekarzy chorób zakaźnych albo do punktów konsultacyjno-diagnostycznych, które realizują Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Oczywiście, jeśli pacjent trafi do kompetentnego eksperta, to profesjonalna opieka zostanie mu zapewniona, ale ciągle to jest tylko ograniczenie do medykalizacji profilaktyki, gdy tymczasem powinny być to działania realizowane w szerokim zakresie przez instytucje państwowe, samorządy lokalne czy organizacje pozarządowe (NGOs-y).

Gdy już obejmujemy wzrokiem powyższe aktywności, mając świadomość, że nie omówiliśmy wszystkich działań, jakie podejmują samorządy, podmioty lecznicze i NGOs-y, ujrzymy świat, w którym każdy działa na własną rękę, nie istnieje żaden mechanizm wymiany danych, a co się z tym wiąże – nie ma strategii profilaktyki. Rządzący z roku na rok są w stanie dorzucić do określonego programu worek pieniędzy po to, aby w kolejnym roku ten sam worek zabrać, uzasadniając to brakiem oczekiwanego rezultatu. Nie ma zrozumienia, że rezultaty profilaktyki zdrowotnej nie pojawiają się natychmiast i nie widać ich z dnia na dzień.

Dokąd zmierzamy

Doskonale wiemy o doniosłej roli profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia w zapobieganiu zacho-

Sama diagnostyka nie rozwiązuje problemu, bowiem to tylko wynik, który powinien być zinterpretowany przez profesjonalistę medycznego – lekarza, pielęgniarkę/ pielęgniara, ratownika medycznego

tania celowość wydatkowania środków publicznych na działania nieskuteczne. Opieka podstawowa i ambulatoryjna specjalistyczna to szereg działań profilaktycznych, począwszy od chorób układu krążenia, poprzez przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, opiekę onkologiczną, aż do profilaktyki raka jelita grubego czy szyjki macicy. To się oczywiście dzieje, ale powiedzmy sobie szczerze, że nakłady na profilaktykę finansowaną ze środków publicznych są minimalne, a ich efektywność nie ewaluowana.

Interesującym przykładem profilaktyki zdrowotnej zupełnie oderwanej od systemu ochrony zdrowia są te działania, które podejmowane są przez jednostki samorządu terytorialnego. Prowadzone są one jednak najczęściej w sposób schematyczny, nie dedykowany żadnej konkretnej populacji (nawet pomimo wcześniejszych deklaracji, że taka populacja jest zidentyfikowana) i bez ścisłej współpracy z profesjonalistami zdrowia publicznego. Największym zarzutem wobec takich działań jest jednak brak ewaluacji. Gdy spojrzeć na programy zdrowotne realizowane przez polskie samorządy w minionym dziesięcioleciu, także te współfinansowane ze środków europejskich, ze świeczką szukać tych które poddane zostały rzetelnej i prawdziwej ewaluacji. Nie wiemy więc czy środki które zostały na nie wydane były w ogóle potrzebne i czy przyniosły jakąkolwiek zmianę społeczną w zakresie kompetencji związanych ze zdrowiem publicznym i zdrowym stylem życia.

Jeśli w ogóle mówić o ewaluacji, nawet tej wymuszonej sprawozdaniami dla instytucji finansujących

rowaniom, wysokim kosztem leczenia i unikaniu niepotrzebnego, kosztownego oddziaływania terapeutycznego, ale ta wiedza nie przekłada się na określone działania. System opieki zdrowotnej w Polsce jest wysoce zmedykalizowany. Mówimy o braku wystarczających środków finansowych na działalność szpitali, na refundowanie leków, na leczenie, tymczasem nie mówimy (może w tym tkwi problem) o tym, że właśnie na profilaktykę powinniśmy przeznaczać znacznie większe kwoty, a do realizacji tych zadań powinniśmy angażować armię profesjonalistów: lekarzy, pielęgniarek i pielęgniarzy, profilaktyków (absolwentów zdrowia publicznego), specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego, którzy w aktualnym systemie albo są całkowicie pomijani albo nie przeznacza się na ich działanie żadnych środków.

Chcielibyśmy móc korzystać z motywatorów zdrowia, takich jak obniżona składka na ubezpieczenie zdrowotne dla osób poddających się badaniom profilaktycznym, szczepieniom, możliwość benefitów znanych m.in. z systemu komercyjnej opieki zdrowotnej. Takie rozwiązania niewątpliwie nie stanowiłyby kluczowego elementu wspierania badań profilaktycznych, ale na pewno nie pozostałyby niezauważone.

Pacjenci już dzisiaj zgłaszają potrzebę wykonywania badań laboratoryjnych i obrazowych, szczególnie w sytuacji, gdy są obciążeni rodzinnie chorobami. Niestety diagnostyka ta jest dostępna w systemie lecznictwa, a rzadziej profilaktyki. Lekarz (głównie rodzinny) kieruje pacjentów na badania, sam je finansuje i często stwierdza, że badanie wykonane zostało w stanie pełnego zdrowia, co z jednej strony jest dobre, bo świadczy o tym, że pacjent jest zainteresowany profilaktyką, ale z drugiej wykorzystuje środki na badania, które lekarz chciałby przeznaczyć na monitorowanie leczenia innych osób. Środki którymi dysponuje nie są nieograniczone, a sama diagnostyka w znacznej wielkości nie jest finansowana odrębnie. To często powoduje konflikty w gabinetach lekarskich, bo nie zawsze pacjent uzyska tam skierowanie na oczekiwane przez siebie badania.

W ostatnim czasie coraz częściej rodzajów badań jest dostępnych w podstawowej opiece zdrowotnej jako tzw. „budżet powierzony”, a więc odrębnie finansowany przez NFZ, przez co lekarze nie wykorzystują środków z własnego kontraktu i mogą się chętniej zaangażować w profilaktykę z wykorzystaniem diagnostyki laboratoryjnej.

Trzeba jednak powiedzieć otwarcie, że sama diagnostyka nie rozwiązuje problemu, bowiem to tylko wynik, który powinien być zinterpretowany przez profesjonalistę medycznego (lekarza, pielęgniarkę/pielęgniara, ratownika medycznego). W ostatnich latach, gdy obowiązywał program „Profilaktyka 40+” ustawodawca pomimo świadomości tego braku zdecydował się wyciąć interpretacje wyników i przekazał ją do gabinetów POZ w ramach dotych-

czasowego finansowania. Program ten stał się więc niezłym źródłem dochodu firm laboratoryjnych, ale skorzystało z niego niewielu pacjentów w porównaniu do potrzeb. Od maja 2025 roku w Polsce program został zastąpiony innym programem „Moje Zdrowie”, który dostępny jest dla osób po ukończeniu 20 roku życia, o jego rezultatach i wpływie na zdrowie Polaków będzie można mówić najwcześniej po roku funkcjonowania.

Podsumowanie

Nikogo, kto chociaż trochę zna i rozumie system ochrony zdrowia, nie trzeba przekonywać, że profilaktyka zdrowotna jest potrzebna, więc dziwi bardzo, dlaczego w wydatkach NFZ na ten cel przeznacza się tak niewiele środków. Jeśli są one dostępne, to w zasadzie ograniczone do „siloś” związanych z określoną chorobą lub do określonych grup pacjentów. Nie zwraca się jednak wystarczającej uwagi na edukację zdrowotną, system motywatorów ani na profesjonalne przygotowanie kadr odpowiedzialnych za prowadzenie profilaktyki. Absolwenci kierunku Zdrowie Publiczne (wykonujący zawód medyczny profilaktyka) do dzisiaj nie znaleźli swojego miejsca w systemie zatrudnienia w podmiotach leczniczych, bo nie ma na ich wynagrodzenia środków. Lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni traktują profilaktykę jako nie najważniejszy dodatek do swojej pracy. I wszystko to w sytuacji, gdy Polska jako kraj sprawujący prezydencję w Rady Unii Europejskiej na sztandary wiesza profilaktykę i promocję zdrowia.

Należy z całych sił rekomendować, aby dla uzyskania jak największej skuteczności działań w pierwszym kroku skoordynować projekty profilaktyczne, wzmocnić np. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, a może stworzyć na poziomie agendy Ministra Zdrowia nową instytucję – Krajowe Centrum Zdrowia Publicznego, które zrzeszałoby dotychczasowe kompetencje w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Wydaje się, że taka konsolidacja pozwoliłaby na opracowanie i realizowanie spójnych programów, które mogłyby mieć istotny wpływ na zdrowie. Zredefiniować koordynowaną opiekę zdrowotną zarówno na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (tak, aby odejść bezpowrotnie od modelu opieki poziomej na rzecz pionowej, skupiającej w sobie koordynację POZ, AOS, leczenia sanatoryjnego, szpitalnego), jak i specjalistycznej (kardiologia, onkologia). Korzystać ze sprawdzonych rozwiązań innych krajów, stawiać na rezultaty profilaktyki, a nie tylko na podejmowane działania; nie angażować się w działania, które nie podlegały walidacji i które nie udowodniły skuteczności.

Trzeba pamiętać, że dysponujemy ograniczonymi i z każdym rokiem mniejszymi środkami finansowymi zarówno w NFZ jak i w MZ, więc czas zacząć wydawać te środki rozsądniej. Wtedy na pewno nasze doświadczenia będą mogły być rekomendowane do zastosowania także w innych krajach Europy. ■

Outsourcing usług – narzędzie do optymalizacji kosztów w Twoim Szpitalu!

Chcesz ograniczyć koszty, ale nie wiesz jak to zrobić? Mamy dla Ciebie rozwiązanie. Skorzystaj z **bezpłatnego audytu** w zakresie usług kompleksowego utrzymania czystości Twojego Szpitala. Audyt wskaże jakie na ten moment ponosisz koszty, a jakie niższe koszty mógłbyś ponieść w przypadku wydzielenia usługi w ramach outsourcingu.

Grupa DGP od ponad 35 lat specjalizuje się w zakresie kompleksowych rozwiązań dla sektora szpitalnego. To nie tylko **usługi utrzymania czystości**, ale również:

Transport wewnątrzszpitalny (w tym transport pacjentów, transport leków, wyników ba-

dań, krwi, pracowników Szpitala, bielizny szpitalnej, posiłków, odpadów, itp.)

Pomoc przy pacjencie – wykonywanie prostych czynności pomocniczych jako wsparcie personelu medycznego (w tym pomoc przy toalecie pacjenta, ubieraniu, przewracaniu, karmieniu pacjenta, itp.)

W ciągu swojego wieloletniego doświadczenia wypracowaliśmy wiele rozwiązań wspierających procesy zachodzące w obsłudze Szpitali. Podnoszą one jakość świadczonych usług, ale również są dopasowane optymalnie do potrzeb danej jednostki, co pozwala znacznie ograniczyć koszty.

Zapisy na bezpłatne audyty trwają, zapisz się już dziś! e-mail:

audyty@grupadgp.pl

tel. kom. 662 027 734

www.grupadgp.pl

**Zabezpiecz
swój biznes z GRUPĄ**



Rozmowa z **Martą Nowacką**, prezes zarządu Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego i prezes zarządu Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich

Szpital powiatowe w kryzysie

– potrzeba systemowych reform i długofalowej strategii ochrony zdrowia

Paulina Prencel: Od lat obserwujemy w Polsce próby reformowania systemu ochrony zdrowia. Niestety, żadna z dotychczasowych reform nie przyniosła oczekiwanych rezultatów. Czy Pani zdaniem jest jeszcze szansa, że powstanie w końcu ustawa, która rzeczywiście uporządkuje ten system?

Marta Nowacka: Byłoby idealnie, gdybyśmy w końcu doczekali się ustawy, która rzeczywiście odpowiada na realne potrzeby zdrowotne społeczeństwa i jest tworzona w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych. Niestety, projekt, który dziś jest procedowany, zdaje się bardziej skupiać na doraźnym ratowaniu systemu niż na jego długofalowej naprawie. Koncentruje się przede wszystkim na dostosowaniu do aktualnych możliwości budżetowych, a nie na budowaniu stabilnych fundamentów na przyszłość. To bardzo niebezpieczne podejście – krótkowzroczne i nieskuteczne.

Szpital nie powstał z dnia na dzień. Przez lata funkcjonowały zgodnie z obowiązującymi przepisami – najpierw w ramach tzw. sieci, później rozszerzając portfolio biorąc udział w konkursach organizowanych przez NFZ. Teraz słyszymy zarzuty o nadmiarze szpitali i oddziałów, o rozproszeniu infrastruktury. Tymczasem ten stan rzeczy jest efektem decyzji, które ktoś kiedyś podjął. Szukanie winnych wśród szpitali jest nie tylko nieproduktywne, ale też niesprawiedliwe. Zamiast tego powinniśmy skupić się na tym, jaką strukturę chcemy mieć w przyszłości, jakie kompetencje przypisać poszczególnym podmiotom i jak najlepiej zabezpieczyć potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Jakie są najważniejsze propozycje szpitali powiatowych na uzdrowienie systemu?

Związek Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego, a także Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych, w którym działam, od dawna postuluje wdrażanie konkretnych, nawet niewielkich zmian, które już dziś mogłyby poprawić sytuację. Widzimy, że stworzenie kompleksowej ustawy może zająć lata. Dlatego wskazujemy, by już teraz zacząć od wprowadzania

podstawowych rozwiązań, które umożliwią placówkom funkcjonowanie w obecnych warunkach. Chociażby lepsza koordynacja opieki, uproszczenie sprawozdawczości, jasne rozliczenia z NFZ, dodatkowe uprawnienia dla personelu medycznego i włączenie do norm „łóżkowych” – to wszystko można zacząć naprawiać bez czekania na nową ustawę.

Obawiamy się, że obecny projekt ustawy zostanie ograniczony do kwestii konsolidacji szpitali, a to może nie być skuteczne rozwiązanie. Wiele placówek nie ma z kim się łączyć – niektóre mogą zostać „skazane” na przekształcenie w tzw. jednodniówki, co nie zawsze odpowiada lokalnym potrzebom, a inne nie będą mogły ze względów niezależnych od nich wejść do reformy.

A jak wygląda długofalowa strategia? Czy dziś myśli się o ochronie zdrowia w perspektywie 10-20 lat? ►



foto: Archiwum M. Nowackiej

- ▶ Niestety, brakuje takiej wizji. Nikt nie odpowiedział jasno na pytanie: jak system ma wyglądać za dekadę? Jakie kompetencje mają mieć poszczególne szczeble opieki? Jaką rolę ma pełnić szpital powiatowy, jakie zadania przypisać POZ czy AOS? To są podstawowe pytania, które powinny stanowić punkt wyjścia do jakiegokolwiek reform.

Dziś działamy bardziej reaktywnie niż planowo. Wszystko jest dostosowywane do aktualnie dostępnych środków finansowych, zamiast być projektowane pod kątem potrzeb zdrowotnych pacjentów i możliwości systemu. To powoduje chaos i liczne absurdy. Na przykład mówi się o nadmiarze szpitali powiatowych, ale nikt nie doprecyzował, co to właściwie znaczy – chodzi o budynki, łóżka, personel czy może zakres udzielanych świadczeń?

Czy w takim razie brakuje jednoznacznych definicji?

Zdecydowanie tak. Nawet pojęcie „szpitala powiatowego” nie ma jednej, jasnej definicji. W województwie śląskim mamy ogromne zróżnicowanie – od wielospecjalistycznych szpitali, jak np. ten w Cieszynie po niewielkie placówki, np. w Świętochłowicach czy Siemianowicach Śląskich. Każdy z tych szpitali pełni inną funkcję, a mimo to są wrzucane do jednego worka.

Brakuje też koordynacji między poziomami opieki. Mamy np. zorganizowaną opiekę koordynowaną w POZ, ale już brakuje płynnego przejścia między POZ a szpitalem powiatowym. A przecież chodzi o tego samego pacjenta. Do tego AOS, który w założeniu ma odciążać POZ i szpitale, w praktyce działa bardzo nierównomiernie. Zdarza się, że pacjenci trafiają na izbę przyjęć tylko dlatego, że nie uzyskali diagnostyki na wcześniejszym etapie.

Czy to oznacza, że również system ratownictwa medycznego nie działa tak, jak powinien?

Dokładnie. Zdarzają się przypadki, że pacjent z podejrzeniem udaru jest przywożony do szpitala, który nie ma oddziału neurologii. Albo pacjent z zawałem trafia tam, gdzie nie ma kardiologii, mimo że specjalistyczna placówka znajduje się zaledwie kilka kilometrów dalej. To ogromna strata czasu. Brakuje centralnego koordynatora, który przejąłby zadanie znalezienia miejsca i zorganizowania transportu. Lekarz z izby przyjęć, zamiast zajmować się innymi pacjentami, musi wszystko załatwiać samodzielnie, a w takich sytuacjach każda minuta ma znaczenie.

A jak wyglądają kwestie kadrowe w szpitalach powiatowych?

Mamy do czynienia z prawdziwym paradoksem. Z jednej strony mówimy o braku personelu, z drugiej ograniczamy kompetencje na przykład ratowników medycznych. Przykładowo: nie mogą oni podać szczepionki przeciw tężcowi na izbie przyjęć, chociaż podczas pandemii szczepili przeciw COVID-19. Poza szpitalem mogą podawać leki, intubować, ratować

życie, a wewnątrz szpitala traktuje się ich jak personel pomocniczy. To absurd i marnowanie potencjału wyszkolonych ludzi – wyszkolonych często za państwowe pieniądze.

W całym tym zamieszaniu łatwo zapomnieć o podstawie – profilaktyce i edukacji zdrowotnej.

I to jest wielki błąd. Profilaktyka to najtańszy i najskuteczniejszy sposób zapobiegania chorobom. Powinniśmy uczyć dzieci i młodzież, jak dbać o zdrowie, ale też zachęcać dorosłych – poprzez programy profilaktyczne, kampanie, lokalne akcje. Badania przesiewowe istnieją – np. w kierunku raka piersi, jelita grubego czy płuc – ale wciąż nie docierają do wystarczającej liczby osób. Potrzebujemy lepszej promocji i większego zaangażowania samorządów.

Wracając do legislacji – projekt ustawy nie przeszedł przez Radę Ministrów z powodu poprawki dotyczącej lekarzy spoza Polski. Czy uważa Pani, że zatrudnianie lekarzy z zagranicy to dobre rozwiązanie?

Tak, pod warunkiem, że cały proces zostanie odpowiednio uregulowany. Kluczowe jest bezpieczeństwo pacjenta: język, rozumienie procedur, umiejętność komunikacji. Ale nie możemy z góry zakładać, że lekarze z zagranicy są gorzej wykształceni. Jeśli naprawdę ich potrzebujemy, powinniśmy opracować szybką, ale kontrolowaną ścieżkę wdrożeniową – z egzaminami językowymi, kursami uzupełniającymi, praktyką pod nadzorem. To mogłoby pomóc załatać luki kadrowe, zwłaszcza tam, gdzie brakuje lekarzy.

Jak wygląda obecnie sytuacja finansowa szpitali powiatowych?

W pierwszym kwartale 2024 roku aż 84 proc. szpitali powiatowych wykazało stratę. Obecnie trudno jeszcze mówić o dokładnych wynikach za 2025 rok, bo NFZ nadal nie wypłacił należności pozaryczałtowych, a terminy są przesuwane. Brak przejrzystości w komunikacji między NFZ a placówkami to ogromny problem.

Większość naszych kosztów to wynagrodzenia – często ponad 80 proc. budżetu. A gdy pojawiają się niezapłacone zobowiązania, rosną odsetki i kary umowne. Rocznie to nawet kilka milionów złotych. Pieniądże, które moglibyśmy wydać na sprzęt, trafiają do komorników, sądów, spółek energetycznych. To dramatyczne marnotrawstwo środków publicznych.

Trudno nie odnieść wrażenia, że system wymaga gruntownej przebudowy.

Zdecydowanie tak. Ale do tego potrzebna jest wola polityczna, dialog ze środowiskiem, otwartość na konkretne propozycje. I co najważniejsze – plan. Dobrze przemyślany, oparty na danych i długofalowej wizji. Bez tego będziemy nadal poruszać się po omacku, gasząc tylko bieżące pożary.

Dziękuję za rozmowę.



Innowacje w infrastrukturze szpitalnej

Obecna technologia pozwala uzyskać efekty leczenia, które nie były osiągalne nigdy wcześniej. Rozwój chirurgii małoinwazyjnej zmienił podejście w leczeniu z: „czy można dane schorzenie wyleczyć?” na „jak schorzenie wyleczyć, szybko i przy zachowaniu jak najlepszych efektów?” W ostatnich 10 latach pojawiły się w Polsce roboty chirurgiczne, kamery endoskopowe w rozdzielczości 4K oraz 3D, gdzie wykorzystywane są monitory o przekątnej 55". Pozwoliło to na zwiększenie efektów leczenia, ale jednocześnie postawiło wyzwania przed personelem przy stworzeniu bezpiecznego i ergonomicznego środowiska pracy.

Obecnie wymagany obszar strefy chronionej w salach operacyjnych o powierzchni 3 x 3 m to obszar, w którym powinni znaleźć się wszyscy i wszystko: pacjent, chirurdzy, asysta, narzędzia chirurgiczne, implanty, a także np. mikroskopy ubrane w jałowe obłożenia. W praktyce jest to bardzo mała przestrzeń, w której w wielu przypadkach fizycznie nie da się przeprowadzić wszystkich wymaganych czynności. Bakterie, które z powietrza – np. za pośrednictwem narzędzia – dostaną się do pacjenta, mogą doprowadzić do zakażenia rany operacyjnej, co zniweczy nawet najbardziej spektakularną operację, wydłuży leczenie i zwiększy jego koszty.

Jak stworzyć nowoczesne, bezpieczne, ergonomiczne i zdrowe środowisko pracy w sali operacyjnej?

Takie wyzwanie postawiliśmy sobie w TMS Medical. Szukając rozwiązania nawiązaliśmy współpracę z firmami: **Avidicare AB** oraz **Brainlit**. **Avidicare AB** opracowała system wentylacji Opragon. Jest to niezwykle skuteczny system wentylacji, oparty na opatentowanej technologii Przepływu Powietrza Sterowanego Temperaturą (TcAF), który zapewnia bezpieczeństwo mikrobiologiczne w całej sali operacyjnej (<10 jtk/m³ oraz 0-1 jtk/m³ w polu operacyjnym). System zapewnia wysoki komfort dla personelu, nie powodując wyziębienia ani nieprzyjemnych przeciągów. System Opragon występuje także w wersji dla

sal hybrydowych. Dowody na skuteczność systemu Opragon przedstawiono w badaniu opublikowanym w *Current Directions in Biomedical Engineering* (2020; 6 (3): 20203077, dostępne pod adresem: <https://doi.org/10.1515/cdbme-2020-3077>). W badaniu wykazano, że zastosowanie systemu Opragon zamiast nawiewu laminarnego w tej samej sali operacyjnej przyczyniło się do redukcji liczby zakażeń pooperacyjnych o ponad 60 % (liczba zakażeń spadła z 3,3 % do 1,1 %).

Brainlit jest producentem oświetlenia, którego głównym celem jest poprawa zdrowia. **Surgical Contrast Lighting** jest to nowoczesne oświetlenie sal operacyjnych, które zapewnia ergonomiczne, przyjazne oświetlenie podczas operacji endoskopowych oraz klasycznych. Sposób działania tego oświetlenia opracowano na podstawie wielu badań wpływu światła na zdrowie. Aby osiągnąć efekt prozdrowotny, każda sala jest indywidualnie projektowana pod kątem jej przeznaczenia.

Korzystając z naszego wieloletniego doświadczenia, wiedzy i produktów: lamp operacyjnych, kolumn, stołów operacyjnych firmy **Baxter**, systemu **Opragon** i oświetlenia **Brainlit**, stworzymy nowoczesny blok operacyjny, gdzie każda sala będzie zapewniać zdrowe i ergonomiczne środowisko pracy.



TMS Medical Sp. z o.o. Sp.k.
Ul. Malwowa 138
60-185 Poznań
biuro@tms-medical.pl
tel. 693 886 588

Kontakt do osoby odpowiedzialnej:
Artur Żytnikowski
– Dyrektor ds. Infrastruktury Medycznej
a.zytnikowski@tms-medical.pl
tel. 660 559 099



Whataboutyzm i stawianie chochoła

I znowu nikt nie porusza tematu zbyt niskiej w stosunku do potrzeb składki zdrowotnej. I wcale już nie namawiam, żeby to robić. Natomiast namawiam, żeby wreszcie wbić do „społecznej głowy”, że taki mamy poziom i jakość opieki zdrowotnej, na jaki nas z tych „dziewięcioprocentowych” pieniędzy stać.

Odwracanie kota ogonem

Na moim ostatnim 24-godzinny dyżurze chirurgicznym w SOR wśród 50 pacjentów trafił się serbski karateka z pomocowymi urazami dłoni i stopy, co ostatecznie zakończyło się założeniem mu gipsu z powodu złamania „podkiukowej” pierwszej kości śródreżca. Przy tej okazji błysnąłem nie tylko sprawną medyczną angielszczyzną, ale też gadką w języku rosyjskim, którego znajomość jest teraz oczywiście *pas*se (i wysoce podejrzana), ale jakoś w SOR mus się dogadać z Azerami, Uzbekami czy Gruzinami z pobliskiej ubojni lub właśnie z Serbem z „cyrylicowego” jakby nie było kraju, a ja jako jedyny w SOR jestem z czasów gdy „ruskiego” uczono nas intensywnie już w szkole podstawowej. Karateka czekał na przyjęcie „tylko” 2 godziny, ale i tak przyjąłem go szybciej niż należało, bo dał sygnał, że ma bilet na samolot z Krakowa o północy, więc może nie zdążyć.

Teraz mamy – jak mi się wydaje – chłodne relacje z Serbią, ale wyszedłem z założenia, że należy je oddolnie ocieplić i natychmiast się Serbem zająłem. Przeprosiłem, że musiał czekać tyle czasu, ale niestety w Polsce SOR-y są mocno oblegane przez pacjentów, a nasz szczególnie z racji szerokiej specjalistycznej oferty, a więc rzadkiej po tej, tj. wschodniej stronie Wisły. Serbski karateka ze zrozumieniem pokiwał głową i stwierdził, że w Serbii też jest tłok i też trzeba godziny odczekać na pomoc na ichnich SOR-ach. Pocieszyłem go, że gdyby jego zawody karate odbywały się w Warszawie, to czekałby w tamtejszym SOR na pomoc co najmniej 6, a może nawet 12 godzin, bo tam już po prostu SOR-y „nie wyrabiają” mając w stolicy 1,863 mln mieszkańców, że o przyjezdnych codziennych lub okazjonalnie „protesujących” lub poniedziałkowo-piątkowych „sioikach” nie wspomnę.

Mieliśmy u nas kilkanaście razy (i dalej co jakiś czas mamy) pourazowych warszawiaków, którym opłaca się przejechać ze stolicy 1 godzinę „eską” na nasz SOR, odczekać kilka godzin, uzyskać pomoc, wrócić ostatecznie po 4-5 godzinach od urazu do Wawki z zadowoleniem, że i tak zaoszczędzili 5-10 godzin. Serb pokiwał głową, że to samo jest u nich w Belgradzie i dlatego on to mieszka w Dubaju, ma prywatne ubezpieczenie, tam trenuje i się leczy w razie potrzeby. A ten samolot z Krakowa to on ma do Dubaju właśnie. Tym razem to ja pokiwałem głową, że faktycznie w Serbii musi być trudniej z pomocą w SOR-ach, bo u nas tylko nieliczni tam się przeprowadzają, choć dubajską czekoladę jedzą prawie wszyscy. Założyłem mu gips, dostał kartę informacyjną z dodatkowym łacińskim opisem urazu, CD ze „snimką” i fakturę celem opłacenia przelewem na konto SPZOZ procedur sorowskich w ciągu 30 dni i mogłem zająć się następnymi, polskojęzycznymi, „niedubajowymi” pacjentami.

Tym sposobem zdobyłem kolejny argument do zastosowania w technice komunikacji zwanej „whataboutyzmem” (także „coaboutism” lub „whataboutery”). To technika „odwracania kota ogonem” opisana/wykryta po raz pierwszy w latach 70. w Irlandii Północnej

przez nauczyciela historii Seana O’Conailla. Skarżył się on w swojej publikacji, że zwolennicy działań zbrojnych IRA przeciwko „reżimowi” londyńskiemu tłumaczyli taką potrzebę represjami drugiej strony konfliktu. W szerszym kontekście „whataboutyzmem” nazwano reagowanie na krytykę i oskarżenia nie poprzez obronę i przywoływanie merytorycznych argumentów uzasadniających/tłumaczących nasze działania, ale poprzez przywoływanie „grzechów” krytyków i oskarżycieli na zasadzie, że „oni to psują/zepsuli i grzeszą bardziej”. No i to działa, zwłaszcza w polityce. Ludzie się na to łapią, więc dlaczego tego mamy nie wykorzystywać w codziennej szarej praktyce mędzerskiej? W omawianym wyżej przypadku, gdyby ktoś mnie zapytał, dlaczego są takie kolejki w SOR, to odpowiedziałbym, że w Warszawie dłużej czekają, a już w Serbii to jest taki dramat, że ludzie przeprowadzają się do Dubaju i wiem to na pewno, bo pacjenta Serba miałem i wiem „z pierwszej ręki” jak tam w SOR-ach jest. A Pan pytający miał może szansę pogadać z takim Serbem? Nie? Aha, no to ja wiem lepiej i koniec dyskusji.

Taniej niż najtaniej

Menedżerowie wszystkich szczebli opieki zdrowotnej od lat są ofiarami „whataboutyzmu” z powodu nieustannego zadłużania się szpitali. Wprowadzenie w 1999 roku zbyt niskiej składki zdrowotnej już na starcie zaowocowało początkowo nieznaczną, a w kolejnych latach znaczącą dysproporcją pomiędzy potrzebami finansowymi systemu, a możliwościami płatniczymi Kas Chorych, a potem NFZ. Składka zdrowotna 7,5% podwyższana stopniowo po fali protestów środowiska medycznego o 0,25% rocznie aż do obowiązującego od 2007 r. poziomu 9% nijak się ma do symulacji przeprowadzonych w 1998 r. przez podległe MZ ówczesne Centrum Ekonomiki i Organizacji Ochrony Zdrowia i wskazujących na potrzebę 11% poziomu składki. Nasze głosy krytyki takiego stanu rzeczy i apele o wzrost nakładów (także poprzez STOMOZ) nie dały efektu. Politycy zdrowotni odpowiedzieli krytyką efektywności finansowej naszego zarządzania, obarczając dyrektorów szpitali winą za rosnące zadłużenie i ogólnie kiepskie, bo kosztowne zarządzanie. Przez lata ten kierunek rozumowania wbito poprzez media do „społecznej głowy” i teraz trudno to odkręcić. W ostatnim roku dyrektorzy nieco odpoczęli od tej krytyki, bo bardziej atrakcyjne dla polityków zdrowotnych stało się krytykowanie lekarzy za ich jakoby wysokie zarobki. I znowu nikt nie porusza tematu zbyt niskiej w stosunku do potrzeb składki zdrowotnej. I wcale już nie namawiam, żeby to robić. Natomiast namawiam, żeby wreszcie wbić do „społecznej głowy”, że taki mamy poziom/jakość opieki zdrowotnej, na jaki nas z tych „dziewięcioprocentowych” pieniędzy stać. A jest to poziom realizowany pod popularnym, sklepowym hasłem „taniej niż najtaniej”, z wielomiesięcznymi kolejkami do specjalistów, tłumami pacjentów w SOR-ach, zamykaniem lub zawieszaniem działalności oddziałów ►

MAREK WÓJTOWICZ

prezes Zarządu
Głównego STOMOZ
w latach 1994-2006

- szpitalnych. No i OK, niech tak będzie, ale trzeba to jasno „społecznej głowie” wytłumaczyć, co jest trudne, bo zamieszka w strukturze tzw. elektoratu.

Takim „whataboutowym”, a więc niekonstruktywnym podejściem do systemu zdrowotnego niszczymy powoli najważniejszy chyba jej sektor czyli szeroko rozumianą opiekę nad dzieckiem i młodym Polakiem. My nawet nie mamy dobrej stabilnej definicji granicy wieku dzielącej pacjentów na „dziecięcych” i „dorosłych”. W jednych województwach jest to 16 lat, w innych 17, a w jeszcze innych 18, a i to się dodatkowo lokalnie miesza w zależności od konkretnej specjalizacji „dziecięcej”. Przypomnę tu ponadczasowy, wbijany nam w głowy w szkołach cytat z roku 1600, z aktu fundacyjnego założonej w 1594 r. przez Jana Zamoyskiego Akademii Zamojskiej: „Takie będą Rzeczypospolite, jakie ich młodzieży chowanie”. Jest oczywistą oczywistością, że utrzymanie młodych Polaków w zdrowiu jest nieodłącznym elementem jakości „chowania” młodzieży. Poruszam ten wątek spośród wielu innych równie ważnych, ponieważ na każdym dyżurze udzielam chirurgicznej pomocy dzieciom przywożonym przez umęczonych rodziców z odległych miejsc w innych powiatach, gdzie odmawia się im pomocy tłumaczeniem, że „nie mamy chirurga dziecięcego”. Jako chirurg ogólny „starej daty” od zawsze zajmowałem się także dziećmi z urazami, bo taka była w „terenie” potrzeba i dalej tak robię, ale rozumiem lekarzy młodszych, że nie mając uprawnień „dziecięcych” i treningu mają z tyłu głowy obawę o ewentualne powikłania i roszczenia rodziców. Sam mam takie dylematy, choć je zazwyczaj ignoruję. Czy zatem dziwić się należy dramatycznie spadającej dietności, gdy rodzice „przeczołgiwani” przez system z pierwszym swoim dzieckiem mocno zastanawiają się, czy mieć kolejne? I tu żadne 800+ dziecięcej pomocy medycznej nie usprawni.



My nawet nie mamy dobrej stabilnej definicji granicy wieku dzielącej pacjentów na „dziecięcych” i „dorosłych”. W jednych województwach jest to 16 lat, w innych 17, a w jeszcze innych 18, a i to się dodatkowo lokalnie miesza w zależności od konkretnej specjalizacji „dziecięcej”

Stawianie chochoła

Kilka lat temu zaangażowano mnie do „odtworzenia” prywatnego szpitala w małym 60-tysięcznym powiecie i na jednym ze spotkań z radnymi i mieszkańcami usłyszałem apel tak na oko 80-letniej mieszkanki: „i niech pan dyrektor koniecznie przywróci u nas od-

ział położniczy, bo tu u nas on zawsze był i kobiety nie musiały rodzić w obcych, odległych, nieznanach szpitalach”. W takich i podobnych sytuacjach przydaje się umiejętność powiedzenia „nie” w taki sposób, żeby było to „tak” w bliżej nie sprecyzowanej przyszłości. W takich sytuacjach często mawiam, że należy z troską pochylić się nad zgłoszonym problemem, a także skorzystać z filozofii „whataboutyzmu”, przerzucając odpowiedzialność za realizację celu na innych. Oczywiście na wstępie podziękowałem za ten wniosek, niezwykle ważny dla całej społeczności powiatu i zadeklarowałem, że monitorując liczbę rocznych potrzeb „porodowych” w powiecie będziemy dążyć do jego realizacji. Żeby jednak zachęcić do pracy u nas lekarzy-położników i położne, musimy osiągnąć taką liczbę rocznych porodów, żeby im ona przynosiła satysfakcję zawodową, wypełniała opłacany czas pracy i dawała szansę na ciągły trening oraz doskonalenie położniczych umiejętności. Wspomniałem też, że ja urodziłem się w karetce, a po studiach jako młody lekarz odebrałem w karetkach marki Fiat Kombi 5 porodów, ale nasze przyszłe noworodki powinny mieć zapewnione jak najlepsze warunki stacjonarnej opieki neonatologicznej z inkubatorami, fachowym personelem noworodkowym itp. Oddział położniczy to tylko część przedsięwzięcia i bez specjalistów neonatologów ze stosownym zapleczem sprzętowym nie da się ot tak z dnia na dzień uruchomić położnictwa. Populacja powiatu „generuje” 350 porodów rocznie i musi być ich dużo więcej, żeby zorganizować i utrzymać w ruchu tak kosztowny pion. Należałoby np. kanałami samorządowymi uruchomić stosowne zachęty w tej materii. Obiecałem, że za rok wrócimy do tematu i poinformuję, o ile wzrosły potrzeby w tym zakresie. Zapamiętałem zdziwione i pytające spojrzenia radnych powiatowych, jakież to kanały samorządowe mam w tej materii na myśli. Zignorowałem je, bo był to tylko czysty „whataboutyzm”, czyli w tym wypadku przerzucenie „piłki” na ich boisko. Choć jakby tak przez chwilę się zastanowić, to moją rezygnację z tłumaczenia 80-latkę niezasadności finansowej tworzenia położnictwa w małym powiecie i zastąpienie tego argumentami demograficznymi oraz apelem do radnych (niemożliwym do zrealizowania), żeby coś z tym zrobili, można określić jako inną technikę komunikacji zwaną „stawianiem chochoła”. Polega ona na zignorowaniu zgłoszonego wątku lub problemu bez potrzeby tłumaczenia się i przywołaniu w to miejsce innego powiązanego problemu czy tematu łatwiejszego do obalenia lub tłumaczącego niemożność rozwiązania pierwotnie zgłoszonego wątku. Dla przykładu „stawiamy chochoła” komuś mieszkającemu nad Wisłą, kto pyta o problem jej zanieczyszczenia, odpowiadając: „tak, tak Wisła jest bez wątpienia brudna, ale skupmy się na Odrze, które jest jeszcze brudniejsza, też jest nasza i też jest w niej woda, a więc jest niezwykle podobna do Wisły...”. I lecimy dalej w wypowiedzi z problematyką Odry.

Sezonowe wahania stężenia hemoglobiny

ANALIZA NA PODSTAWIE DANYCH Z BANKU KRWI
REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA
I KRWIOLECZNICTWA W ŁODZI

Na poziom hemoglobiny wpływa szereg czynników związanych bezpośrednio ze stylem życia, np. palenie tytoniu, aktywność fizyczna i masa ciała. Ponadto istnieje wiele niemodyfikowalnych czynników, takich jak pora roku, klimat czy rytm dobowy, które istotnie wpływają na poziom hemoglobiny u dawców krwi.

Wstęp

Poziom hemoglobiny we krwi jest jednym z czynników najczęściej decydujących o odłożeniu oddania krwi [1, 2]. Jak wynika z badań, brak możliwości oddania krwi spowodowany np. zbyt niskim poziomem hemoglobiny, znacząco obniża szansę na podjęcie ponownej próby przez danego dawcę. Taka sytuacja bezpośrednio wpływa na gospodarkę krwi w bankach krwi, a tym samym również na jakość świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych [3, 4, 5]. Poziom hemoglobiny we krwi zależy przede wszystkim od płci. U dorosłych kobiet jest on niższy o ok. 12% w porównaniu do dorosłych mężczyzn [6]. Dodatkowo na poziom hemoglobiny wpływa szereg czynników

związanych bezpośrednio ze stylem życia, np. palenie tytoniu, aktywność fizyczna i masa ciała [7]. Ponadto badania pokazują, że istnieje wiele niemodyfikowalnych czynników, takich jak pora roku, klimat czy rytm dobowy, które istotnie wpływają na poziom hemoglobiny u dawców krwi [8].

Celem pracy było rozpoznanie sezonowych wahań poziomu hemoglobiny u dawców krwi z regionu łódzkiego.

Materiał i metody

Analiza objęła 847 919 donacji krwi od dawców, którzy oddali krew w okresie od 1 stycznia 2000 r. do 31 grudnia 2020 r. w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa

**ADAM RZEŹNICKI¹,
DARIUSZ RAJCYK²,
KRZYSZTOF
WŁODARCZYK³,
JAN KRAKOWIAK¹**

¹ Uniwersytet Medyczny
w Łodzi, Zakład
Medycyny Społecznej

² Stowarzyszenie
Menadżerów Opieki
Zdrowotnej,
Zarząd Główny

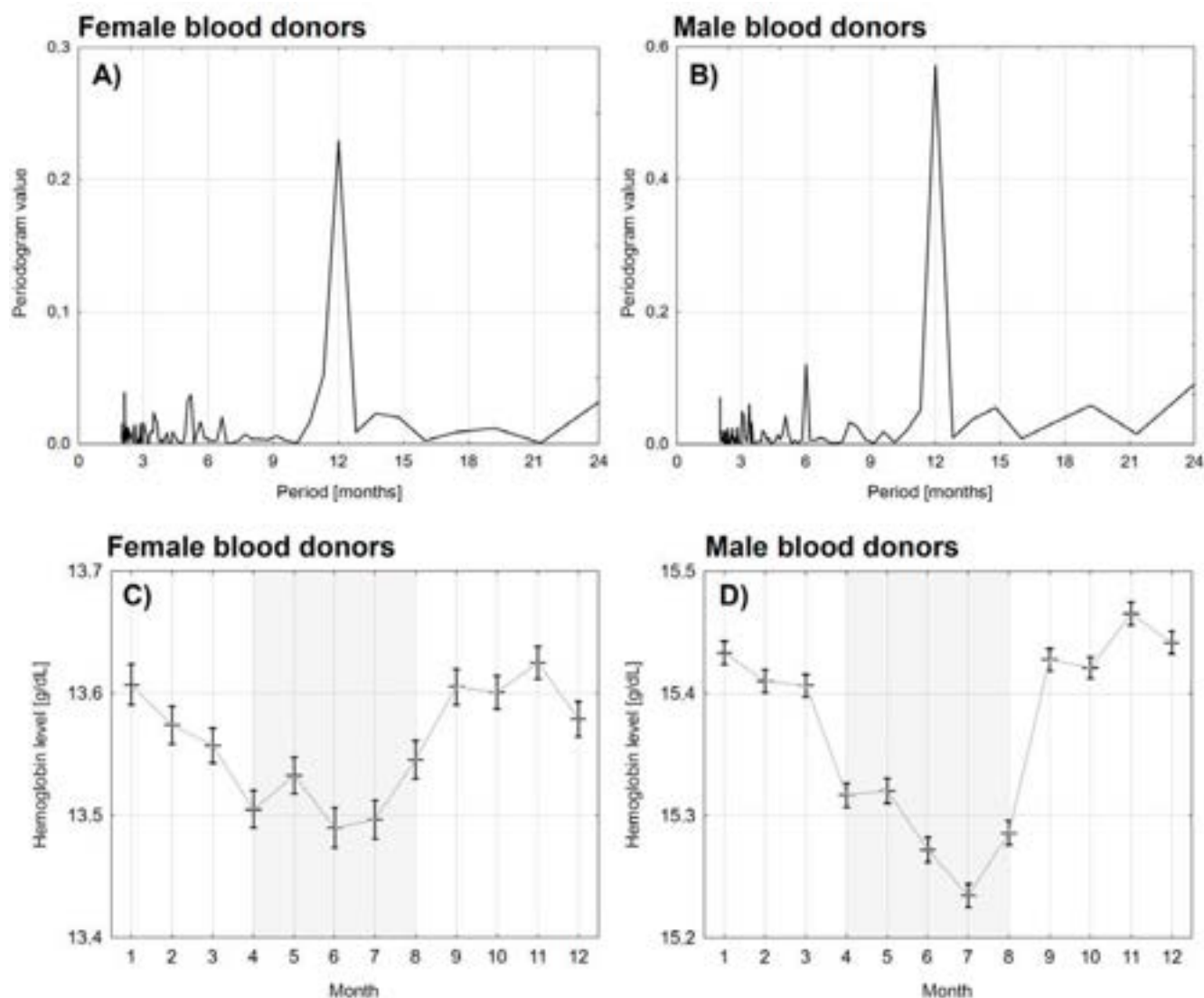
³ Stowarzyszenie
Menadżerów Opieki
Zdrowotnej, Zarząd
Centralny, Łódź

- i Krwiolecznictwa w Łodzi (woj. łódzkie, Polska). W bazie danych odnotowano 847 919 donacji, które otrzymano od 239 072 dawców. W szczegółowej analizie

nie więcej niż kilku przypadków, z wyjątkiem poziomu hemoglobiny (brak 0,05%), numeru identyfikacyjnego donacji (brak 1,7%) i grupy krwi (brak 2,4%). Brakujące dane zostały wykluczone, a każda analiza opierała się wyłącznie na kompletnych przypadkach. Statystyki opisowe zmiennych obejmowały średnią i odchylenie standardowe, o ile nie zaznaczono inaczej. Około roczne wahania średniego poziomu hemoglobiny zostały przeanalizowane za pomocą badania szeregów czasowych. Średnie poziomy hemoglobiny zostały obliczone oddzielnie dla obu płci dla każdego kolejnego okresu miesiąca. Średnie wartości hemoglobiny zostały poddane ocenie zmienności sezonowej za pomocą transformaty Fouriera. Ta metoda umożliwia wykrywanie wewnętrznego wzorca poprzez rozkład funkcji czasu na częstotliwości (lub odpowiadające okresy falowe), które ją tworzą. Analizy przeprowadzono przy użyciu oprogramowania STATISTICA 13.1 (StatSoft, Tulsa, OK, USA).

Analiza objęła 847 919 donacji krwi od dawców, którzy oddali krew w okresie od 1 stycznia 2000 r. do 31 grudnia 2020 r. w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi

uwzględniono donacje krwi pełnej od dawców w wieku od 18 do 65 lat. Kryteria włączenia spełniło 784 243 donacji (92,5%), które otrzymano od 223 630 dawców, i uwzględniono je w analizach. Brakujące dane znalezione w wyodrębnionej części bazy danych dotyczyły



Rysunek 1. Sezonowe wahania średniego stężenia hemoglobiny. Górna część rysunku (A – dawcy płci żeńskiej i B – dawcy płci męskiej) przedstawia periodogramowe szacunki stężeń hemoglobiny. 12-miesięczne piki wskazują, że szereg czasowy składa się głównie z funkcji okresowej o okresie 12 miesięcy. Dolna część rysunku (C – dawcy płci żeńskiej i D – dawcy płci męskiej) przedstawia średnie stężenia hemoglobiny w kolejnych miesiącach roku (wąsy oznaczają 95% przedziały ufności). Szary obszar ilustruje sezon wiosenno-letni obniżonych poziomów hemoglobiny.

Wyniki

Charakterystyka dawców krwi

Mediana wieku (25-75 percentyl) dawców w momencie oddania krwi wynosiła 28 (21-38) lat. Donacje od kobiet stanowiły 25,8% wszystkich pełnych donacji krwi. 15,3% donacji pochodziło od pojedynczych dawców krwi, 26,9% od dawców, którzy oddali 2-5 donacji, 16,9% od dawców, którzy oddali 6-10 donacji, a 40,9% od dawców wielokrotnych (>10 donacji).

Grupę krwi „0” wykryto u 33,8% dawców, „A” u 37,8% dawców, „B” u 19,8% dawców, a „AB” u 8,5% dawców.

Średni poziom hemoglobiny we krwi dawczyń wynosił $13,6 \pm 1,0$ g/dl, podczas gdy u dawców płci męskiej wynosił $15,4 \pm 1,1$ g/dl. Poziom hemoglobiny był niższy od zalecanego [9] poziomu u odpowiednio 4,1% i 0,8% dawców płci żeńskiej i męskiej, co odpowiadało względnemu ryzyku 5,2 (95% przedziały ufności, CI: 5,0-5,4) niedokrwistości u dawców płci żeńskiej do męskiej. Ponadto stwierdzono bardzo słabą, ale istotną ujemną korelację między średnim poziomem hemoglobiny dawcy a liczbą oddanych przez niego krwi u kobiet ($r = -0,021$, 95% CI: -0,027 do -0,014), a w szczególności u dawców płci męskiej ($r = -0,100$, 95% CI: -0,105 do -0,096). Poziom hemoglobiny był najwyższy u dawców krwi z grupą krwi „B”, następnie „AB”, „0” i „A”: odpowiednio 15,01 (95% CI: 15,00 do 15,01) g/dl, 14,93 (95% CI: 14,92 do 14,94) g/dl, 14,92 (95% CI: 14,91 do 14,92) g/dl i 14,90 (95% CI: 14,89 do 14,90) g/dl. Aby zbadać sezonowe wahania poziomu hemoglobiny, zbadano oddzielnie konkretne szeregi czasowe u dawców płci żeńskiej i męskiej. Transformata Fouriera ujawniła podstawowy okres 12 miesięcy w obu szeregach czasowych, co sugeruje około roczną zmienność poziomu hemoglobiny (rysunek 1). Stwierdzono, że w sezonie wiosenno-letnim (od kwietnia do sierpnia) stężenie hemoglobiny było niższe o 0,08 (95% CI: 0,07-0,09) g/dl u dawców płci żeńskiej i o 0,14 (95% CI: 0,14-0,15) g/dl u dawców płci męskiej.

Dyskusja

W przedmiotowym badaniu najniższy średni poziom hemoglobiny wystąpił u dawców z grupą krwi „A”, natomiast najwyższy średni poziom hemoglobiny obserwowano u dawców z grupą krwi „B”. Pomimo zaobserwowanej minimalnej wielkości efektu, wyniki są zgodne z wynikami uzyskanymi przez innych autorów [10]. Badanie wykazało istotnie niższy średni poziom hemoglobiny latem niż zimą. Najniższy średni poziom hemoglobiny obserwowano w czerwcu i lipcu, zjawisko to obserwowano również w innych badaniach [11]. Fakt ten może wynikać z wahań pogody, które wpływają na gospodarkę wodną organizmu, a także na zmianę objętości osocza. Omawiane różnice częściej obserwuje się na obszarach, gdzie występują duże różnice temperatur w okresie letnim i zimowym [9, 12].

Wnioski

Okrągło roczne wahania poziomu hemoglobiny we krwi mogą stanowić istotny czynnik w planowaniu gospodarki krwią w bankach krwi.

Wskazane wykonanie badań retrospektywnych za okres badawczy 2020-2025 rok.

Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów

Piśmiennictwo

1. Mast AE, Schlumpf KS, Wright DJ, Custer B, Spencer B, Murphy EL, et al. *Demographic correlates of low hemoglobin deferral among prospective whole blood donors*. „Transfusion” 2010; 50: 1794-802.
2. Custer B, Chinn A, Hirschler NV, Busch MP, Murphy EL. *The consequences of temporary deferral on future whole blood donation*. „Transfusion” 2007; 47: 1514-23.
3. Hillgrove T, Moore V, Doherty K, Ryan P. *The impact of temporary deferral due to low hemoglobin: future return, time to return, and frequency of subsequent donation*. „Transfusion” 2011; 51: 539-47.
4. Rybarczyk-Szwajkowska A, Cichońska D, Holly R. *The way the quality of health services is perceived and treated by the managerial personnel of public hospitals*. „Med Pr” 2016; 67 (3): 365-73.
5. Murphy WG. *The sex difference in haemoglobin levels in adults – mechanisms, causes, and consequences*. „Blood Rev” 2014; 28: 41-7.
6. Custer B, Bravo M, Bruhn R, Land K, Tomasulo P, Kamel H. *Predictors of hemoglobin recovery or deferral in blood donors with an initial successful donation*. „Transfusion” 2014; 54: 2267-75.
7. Hoekstra T, Veldhuizen I, van Noord PA, de Kort WL. *Seasonal influences on hemoglobin levels and deferral rates in wholeblood and plasma donors*. „Transfusion” 2007; 47: 895-900.
8. WHO. *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity*. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva, World Health Organization, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf>, accessed 27.01.2019
9. Bäckman S, Larjo A, Soikkeli J, Castrén J, Ihalainen J, Syrjälä M. *Season and time of day affect capillary blood hemoglobin level and low hemoglobin deferral in blood donors: analysis in a national blood bank*. „Transfusion” 2016 Jun; 56 (6): 1287-94.
10. Nasserinejad K, de Kort W, Baart M, Komárek A, van Rosmalen J, Lesaffre E. *Predicting hemoglobin levels in whole blood donors using transition models and mixed effects models*. „BMC Med Res Methodol” 2013; 13: 62.
11. Baart AM, de Kort WL, Moons KG, Vergouwe Y. *Prediction of low haemoglobin levels in whole blood donors*. „Vox Sang” 2011; 100: 204-11.
12. Borgna-Pignatti C, Ventola M, Friedman D, Cohen AR, Origa R, Galanello R, et al. *Seasonal variation of pretransfusion hemoglobin levels in patients with thalassemia major*. „Blood” 2006; 107:355.

Akademia Zdrowia Menadżera Oddziału Dolnośląskiego STOMOZ w Smolnikach

BOŻENA ŁAPIŃSKA

dyrektor
Specjalistycznego
Psychiatrycznego
SP ZOZ w Suwałkach

Szkolenia dla menedżerów rozwijają umiejętności przywódcze, pozwalają na głębsze zrozumienie, jak efektywnie zarządzać zespołem, jak budować zaufanie oraz jak inspirować pracowników do osiągania lepszych wyników. To tematyka znana, skupiona na podnoszeniu umiejętności zarządzania przez lidera, a co z jego zdrowiem? Podczas tegorocznej akademii przyświecało nam hasło „zadbaj menadżerze o swoje zdrowie”.

Niezależnie od tego, czy dopiero zaczynamy zarządzać, czy też wykazujemy się doświadczeniem, zawsze jesteśmy narażeni na stres i sytuacje trudne. Ponosimy odpowiedzialność za pracowników i pacjentów, za straty, za system. Postanowiliśmy więc wzmocnić obszar zdrowia menadżera i stąd pomysł na Akademię Zdrowia Menadżera w formule opartej na warsztatach.

Pierwsze z nich, które odbyły się w 2024 r., skupiały się na podnoszeniu umiejętności osobistych, takich jak radzenie sobie ze stresem, rozwijanie asertywności, wiary w siebie i pozytywnego myślenia. Szukaliśmy odpowiedzi na pytanie, dlaczego warto budować rezyliencję i czy pomaga nam ona w codziennym życiu. Program warsztatów wzbogaciliśmy o tematy dotyczące budowania kondycji fizycznej i psychicznej. Sprawdziliśmy swoje umiejętności w tańcu oraz na zajęciach tai-chi. Nie zabrakło także form aktywizujących na terenie Suwalskiego Parku Krajobrazowego. Po raz pierwszy spojrzeliśmy na las inaczej, bo na warsztatach shinrin-yoku. Ostatni dzień spotkania był wizytą studyjną. Odwiedziliśmy Druskienniki, piękną uzdrowiskową miejscowość na Litwie nad Niemnem.



Fot. 1. „Budowanie i wdrażanie systemu whistleblowingu w organizacjach ochrony zdrowia”. Wykład Piotra Karnieja



Fot. 2. Rejs po jeziorach augustowskich

Oddział Dolnośląski STOMOZ po raz drugi zorganizował warsztaty dla menadżerów w ramach Akademii Zdrowia Menadżera na Suwalszczyźnie – krainie zielonej, wśród jezior, z dala od zgiełku.

II Smolnickie Spotkanie Menadżerów w Ochronie Zdrowia odbyło się w majówkę. Wypełnili je wykłady, warsztaty arteterapii i rejs. Dużym zainteresowaniem cieszyło się wystąpienie pt. „Zderzenie pokoleń w firmie a wyzwania dla pracodawcy”. Obecność przedstawicieli kilku pokoleń w firmie jest dla menadżera nowym wyzwaniem w wielu obszarach, począwszy od samej rekrutacji, po kulturę organizacyjną, czy wysokość wynagrodzeń. Pamiętając o idei Akademii, część wykładów poświęciliśmy dbaniu o własne zdrowie i rozwój. Bezcenne okazały się porady i wskazówki od naszych kolegów lekarzy. Dostaliśmy zadania do wykonania. Ewaluacja i egzamin za rok. Dzień drugi był w tym roku dniem arteterapii. Okazało się, że malowanie, lepienie z gliny czy wytwarzanie ozdób z masy mydlanej to cudowny sposób na relaks. Dzień zakończyły tradycyjnie warsztaty przy muzyce połączone z nauką tańca, ćwiczeniami i wspólnym śpiewaniem. To jedna z najlepszych form integracji. Zgodnie z przyjętą w Akademii formułą ostatni dzień był wyjazdowy. Pojechaliśmy do Augustowa i wybraliśmy się na rejs po pięknych jeziorach augustowskich. Aktywnie spędzony czas, wyciszenie, relaks i pogoda, która dopisała przez wszystkie dni, to niezapomniane chwile spędzone w gronie stomozowskim, wspólne radości i wspomnienia. Uczestnicy naszych spotkań to głównie członkowie stowarzyszenia oddziału dolnośląskiego, ale byli z nami także Prezes Zarządu Głównego STOMOZ Dariusz Rajczyk i Przewodnicząca Głównej Komisji Rewizyjnej Sławomira Kuźmicka. Za rok III spotkanie w ramach Akademii Zdrowia Menadżera na smolnickich warsztatach. Do zobaczenia!

Centra Usług

Optymalne rozwiązania
dopasowane do potrzeb Klienta



Innowacyjne
rozwiązania

Sterylizacja
instrumentarium
chirurgicznego



Pranie i wynajem
asortymentu

Dostawa wyrobów
medycznych Matopat, Tricomed



CitoNet-Bydgoszcz Sp. z o.o.
ul. Wyścigowa 7, 85-740 Bydgoszcz
fax 52 375 83 80, tel. 52 375 83 85
bydgoszcz.citonet@tzmo-global.com

CitoNet-Kraków Sp. z o.o.
ul. Gromadzka 52, 30-719 Kraków
tel. 12 656 09 64
krakow.citonet@tzmo-global.com

CitoNet-Łódź Sp. z o.o.
ul. Świętojańska 5/9, 93-493 Łódź
tel. 42 689 65 08
lodz.citonet@tzmo-global.com

CitoNet-Pomorski Sp. z o.o.
Zabagno 18c, 83-115 Swarzędz
tel. 601 918 226, 887 880 830
pomorski.citonet@tzmo-global.com

CitoNet-Szczecin Sp. z o.o.
ul. Rolna 4, 71-730 Szczecin
tel. 91 421 48 20, 91 421 59 34
szczecin.citonet@tzmo-global.com

CitoNet-Warszawa Sp. z o.o.
ul. Adolfa Pawińskiego 3, 02-106 Warszawa
fax 22 599 22 90, tel. 22 572 50 05
warszawa.citonet@tzmo-global.com

CitoNet-Śląski Sp. z o.o.
ul. Wojkowska 35, 41-250 Czeladź
tel. 887 640 140
slaski.citonet@tzmo-global.com





WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH IM. PROF. Z. RELIGI

**PODNIĘŚ SWOJE KWALIFIKACJE
W AKADEMII ŚLĄSKIEJ**

WYBIERZ STUDIA PODYPLOMOWE:

MBA Zarządzanie w Ochronie Zdrowia

Medycynę Estetyczną

Badania Kliniczne

UZYSKAJ STOPIEŃ NAUKOWY:

doktora

doktora habilitowanego

w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

Więcej informacji: www.akademiaslaska.pl