



STOMOZ
STOWARZYSZENIE MENEDŻERÓW
OPIEKI ZDROWOTNEJ

Antidotum

2/2025

ZARZĄDZANIE W OPIECE ZDROWOTNEJ

**Zarządzanie zmianą
w ochronie zdrowia –
czy uczymy się na błędach?**



**Zaufanie
w cieniu podwyżek**

**Zdrowie psychiczne
dobrem publicznym**

**Efektywność ekonomiczna
form prawnych szpitali**

BIULETYN STOWARZYSZENIA MENEDŻERÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

CMR
SURGICAL

versius PLUS Do More

Najnowsza wersja robota chirurgicznego Versius zaprojektowana w celu ułatwienia wykonywania zaawansowanych procedur chirurgicznych wszystkich specjalizacji.



INNOVARIS

Wyłączny dystrybutor
systemu Versius
w Polsce.



vLimeLite See More

Zintegrowane obrazowanie fluorescencyjne w bliskiej podczerwieni do wizualizacji ICG.

Po więcej informacji
zapraszamy do kontaktu:
biuro@innovaris.pl



Zastrzeżenie: Zieleni indocyjaninowa (ICG) jest lekiem i nie jest dostarczana przez CMR Surgical, musi być niezależnie pozyskiwana przez klienta. Status zatwierdzenia leku może się różnić w zależności od kraju. vLimeLite posiada oznaczenie CE. Dostępność produktu w danym kraju należy sprawdzić u lokalnego przedstawiciela handlowego lub w lokalnym dziale obsługi klienta. Instrukcję stosowania systemu Versius vLimeLite, w tym zatwierdzone wskazania, przeciwwskazania i ostrzeżenia, można znaleźć na etykiecie produktu dołączonej do każdego systemu Versius. System Versius nie jest dostępny w sprzedaży w Stanach Zjednoczonych.

SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY



Oddajemy w Wasze ręce drugi numer nowego „Antidotum”.

Zapraszamy wszystkich do współpracy w redagowaniu.

Jesteśmy otwarci na wszelkie uwagi i propozycje.

Jesień roku 2025 jawi się jako „czas przedłużającej się niepewności”. Świat, jaki był znany dekadę temu, to już odległe wspomnienie. Teraz najczęściej mówi się krzykiem, głos rozsądku ma coraz mniejsze znaczenie.

Widać, jak bardzo potrzeba nam wspólnoty, której nie można zbudować wyłącznie wokół wspólnych interesów. Poczucie sensu i celu, łączność emocjonalna, którą można odnaleźć w wierze, kulturze, nauce, refleksji filozoficznej i społecznej, powinna stanowić antidotum na powierzchowność, pośpiech, bylejakość, uproszczenia i relatywizm.

Odwiedzając niebawem gremialnie groby naszych bliskich, patrząc zarazem na dorastające dzieci i młodzież, starajmy się budować tę wspólnotę zwaną Polską. Dla nas samych, dla tych, którzy patrzą na nas z góry, dla tych, którzy będą ją budować po nas.

Sytuacja w sektorze ochrony zdrowia jest trudna. Jednostki borykają się z problemami finansowymi, organizacyjnymi i kadrowymi. NFZ sam

zмага się z dużymi kłopotami finansowymi. Bez dotacji budżetowej nie możemy liczyć nawet na zapłatę za świadczenia nielimitowane.

Czy w określonej sytuacji geopolitycznej powinniśmy liczyć na dodatkowe finansowanie? „Państwa, które przeznaczają środki nie tylko na zbrojenia, ale też na opiekę zdrowotną, edukację, infrastrukturę cyfrową i energetyczną, mają znacznie większe szanse by utrzymać stabilność”.

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

Dariusz Rajczyk

prezes Zarządu Głównego STOMOZ

Antidotum
ZARZĄDZANIE W OPIECE ZDROWOTNEJ

Biuletyn Stowarzyszenia
Menedżerów Opieki Zdrowotnej



STOMOZ
STOWARZYSZENIE MENEDŻERÓW
OPIEKI ZDROWOTNEJ

Adres siedziby

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

Adres do korespondencji

Centrum Medyczne
„SILESIA” 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

Elamed
MEDIA GROUP

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

Druk

Drukarnia Akapit, Lublin

Biuletyn przeznaczony jest i adresowany do specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia.



Ministerstwo Zdrowia

Warszawa, 19.08.2025 r.

Pan
Dariusz Rajczyk
Prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menadżerów Opieki Zdrowotnej

oraz

Pan
Piotr Trybalski
Wiceprezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menadżerów Opieki Zdrowotnej

Szanowni Państwo,

uprzejmie dziękuję za gratulacje z okazji powierzenia mi przez Prezesa Rady Ministrów stanowiska Ministra Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej.

To dla mnie ogromny zaszczyt, ale również wielka odpowiedzialność. Pragnę zapewnić, że dołożę wszelkich starań, aby cele, które przede mną postawiono realizować w duchu dialogu i akceptacji społecznej.

Przesyłam serdeczne pozdrowienia.

SPIS TREŚCI

6 O zarządzaniu zmianą w podmiotach leczniczych raz jeszcze

Grzegorz Głód

10 Bez strategii ponad podziałami nie naprawimy systemu

**Rozmowa z Waldemarem Malinowskim,
prezesem Ogólnopolskiego Związku
Pracodawców Szpitali Powiatowych**

14 Efektywność ekonomiczna form prawnych szpitali w Polsce (2021–2024)

Jarosław Kozera

20 Planowanie w warunkach niepewności – o trudnej rzeczywistości szpitali

**Rozmowa z dr. n. med. Tadeuszem Urbanem,
prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej
w Katowicach**

24 Zdrowie psychiczne dobrem publicznym. Co to oznacza dla procesu transformacji psychiatrycznych usług zdrowotnych?

Iwona Mazur

31 Zaufanie w cieniu podwyżek. Jak menedżer szpitala może utrzymać autorytet w oczach personelu medycznego

Piotr Karniej





O zarządzaniu zmianą w podmiotach leczniczych raz jeszcze

Proces zarządzania zmianą w sektorze ochrony zdrowia w Polsce jest w zasadzie niekończącą się historią. Zapewne tak jest w każdej sytuacji, gdy szukamy dróg doskonalenia. W związku z tym, że sektor ten ma znaczenie strategiczne i dotyka w różnym kontekście każdego z nas, jest również sporym wyzwaniem. Na kanwie procedowanych obecnie zmian chciałbym podzielić się kilkoma refleksjami.

DR HAB.
GRZEGORZ GŁÓD

prof. UE, Katedra
Przedsiębiorczości
i Zarządzania
Innowacyjnego,
Uniwersytet Ekonomiczny
w Katowicach

Rozwiązywanie tych samych problemów?

Pisząc ten artykuł, pozwoliłem sobie sięgnąć do podręcznika dydaktycznego mojego autorstwa z 2011 roku pt.: „Zarządzanie zmianą w jednostce ochrony zdrowia”, wydanego w mojej macierzystej uczelni. Muszę przyznać, że poza zmianą pewnych kon-

tekstów prawnych, zasadniczo główne wątki – jak procesowe podejście do zarządzania zmianą, rola przywództwa w podmiocie leczniczym, zasady tworzenia programów naprawczych, czy zastosowanie controllingu z wykorzystaniem rachunku kosztów – nadal pozostają aktualne. Zatem pojawia się pytanie: czy ciągle rozwiązujemy te same problemy? A może

te problemy nie są w pełni rozwiązywalne? Co się zmieniło? Biorąc pod uwagę ostatnie kilkanaście lat, chyba sporo.

Niekorzystne trendy demograficzne coraz bardziej dają o sobie znać. Sytuacja na rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia również nie jest najlepsza. Wzrosła świadomość pacjentów w zakresie oczekiwań w stosunku do jakości usług medycznych. Z drugiej strony mamy do czynienia z szybkim postępem technologicznym, coraz większą dostępnością rozwiązań informatycznych i wieloma inwestycjami w zakresie infrastruktury budowlanej. Nie można również zapominać o doświadczeniach z okresu pandemii. Jednak ciągle tempo zmian związanych z dostosowaniem się naszego systemu ochrony zdrowia do aktualnych realiów (w tym artykuły potraktowanych z pewnością fragmentarycznie) jest z różnych powodów niezbyt zadowalające.

W nowym otoczeniu prawnym

Pewną nadzieję budzi wprowadzona *Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej* z 5 sierpnia 2025 r. Oczywiście nie chciałbym odnosić się do zapowiadanych w pierwotnym kształcie zmian, lecz do efektu końcowego, z którego będziemy mogli korzystać w postaci:

- możliwości w ramach danego profilu oddziału zmiany trybu pełnej hospitalizacji na leczenie planowe lub jednodniowe albo na udzielanie świadczeń z zakresu stacjonarnej opieki długoterminowej;
- możliwości łączenia i tworzenia podmiotów leczniczych przez jednostki samorządu terytorialnego w nieco uproszczony sposób;
- doprecyzowania samych okoliczności oraz sposobu tworzenia i oceny programów naprawczych wraz z późniejszym monitorowaniem ich wdrożenia.

Zmiany trybu hospitalizacji

Wątek uelastycznienia trybu prowadzenia oddziału szpitalnego jest z pewnością odpowiedzią na brak możliwości szybkiego dopasowywania się do aktualnych potrzeb zdrowotnych, ograniczeń kadrowych oraz obaw przed utratą finansowania ze strony NFZ. W ten sposób uzyskana elastyczność pozwala na stworzenie pewnych warunków do utrzymania ciągłości funkcjonowania zakresu usług medycznych najbardziej newralgicznych z punktu widzenia pacjenta. W tle pojawia się również możliwość tworzenia tzw. powiatowych centrów zdrowia.

Konsolidacja podmiotów i programy naprawcze

Istotnym elementem jest otwarcie na procesy optymalizacyjne na poziomie przynajmniej regionalnym poprzez możliwość konsolidacji podmiotów lub prowadzenia wspólnej dyskusji nad przeprofilowaniem oddziałów leczniczych sąsiadujących ze sobą. Jest to ważne w przypadku jednostek, które z definicji

są po prostu trwale nierentowne (pomijam tu istotny argument wysokości finansowania niektórych świadczeń) i wymagają funkcjonowania w kooperacji z innymi podmiotami (co jest zgodne z ideą opieki koordynowanej) oraz tworzenia z organizacji sieciowych (co ma znaczenie z punktu widzenia zarządczego). Tutaj pojawia się pytanie o chęć podjęcia takich rozmów przez poszczególne samorządy oraz odpowiedniego moderowania tych dyskusji w oparciu o argumenty merytoryczne. Zakładam, że sporów pomiędzy różnymi grupami interesariuszy oraz nieporozumień na tle politycznym trudno będzie uniknąć. Oparcie tych procesów o twarde dane wynikające z mapy potrzeb zdrowotnych, trendów demograficznych oraz szczegółowych danych dotyczących funkcjonowania konkretnych podmiotów leczniczych, jest punktem wyjścia do podjęcia jakichkolwiek prac. Te oraz inne elementy zostały szczegółowo zapisane w przepisach ustawowych związanych z procesem tworzenia tychże programów, które przytaczam poniżej.

5. Sporządzenie programu naprawczego poprzedzają analizy: efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, zasobów ludzkich, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, obejmujące bieżącą sytuację samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

6. Program naprawczy zawiera co najmniej:

- 1) analizy, o których mowa w ust. 5;
- 2) sprawozdanie finansowe, o którym mowa w art. 45 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
- 3) ocenę dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, na dzień sporządzenia programu, do mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub do krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 tej ustawy, lub do wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy, a w przypadku gdy jego działalność jest niedostosowana do tej mapy lub do tych planów – także planowane działania dostosowawcze;
- 4) propozycje współpracy z innymi podmiotami leczniczymi oraz zakres tej współpracy, w tym dotyczące koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury oraz realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia z innymi podmiotami leczniczymi, według stanu na dzień sporządzenia programu naprawczego, jeżeli są przewidywane;
- 5) planowane działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) planowane działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania, w szczególności działania służące podniesieniu wiedzy i kompetencji kadry ►

- zarządzącej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych;
- 7) planowane działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz prognozy przychodowe;
 - 8) wskaźniki rezultatu dotyczące działań określonych w pkt 4-7;
 - 9) informację o elementach struktury organizacyjnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności o komórkach organizacyjnych, jednostkach organizacyjnych i zakładach leczniczych, będących przedmiotem działań naprawczych;
 - 10) oznaczenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
 - 11) datę jego sporządzenia;
 - 12) podpis kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
7. Program naprawczy sporządza się w formularzu udostępnianym przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) szczegółowy sposób sporządzania, aktualizacji i przekazywania programu naprawczego,
 - 2) szczegółowy zakres i format informacji, o których mowa w ust. 6 pkt 1-9.

W tym zakresie poczekajmy jeszcze na publikację stosownych rozporządzeń. Tak narzucone wytyczne powinny ograniczyć „pisanie programów dla samego ich napisania” na zasadzie „papier wszystko przyjmie”. Istotny jest fakt, że kwestia tworzenia programów naprawczych została potraktowana wielowątkowo z wymuszeniem działań w różnych obszarach oraz koniecznością współpracy z innymi podmiotami, co skutkować ma wspólnym tworzeniem takich opracowań. Zobaczymy też, jak wysoko zostanie postawiona poprzeczka, chociaż trzeba przyznać, że pewna profesjonalizacja w tym zakresie z pewnością nastąpiła w ostatnich latach. Należy również zwrócić uwagę, że bardzo istotnym elementem mającym wpływ na obiektywizm prezentowanych danych jest obowiązujący w podmiotach leczniczych standard rachunku kosztów. Powinien on być coraz lepiej stosowany w praktyce.

Jak skutecznie wypracować efektywne rozwiązanie?

Oprócz samych wymagań formalnych ważne jest właściwe przeprowadzenie samego procesu tworzenia programu naprawczego. Bardziej chodzi tutaj o odpowiedź na pytanie: „jak skutecznie wypracować efektywne rozwiązanie?” zamiast „jak opracować dokument zgodny z narzuconym spisem treści?”. Patrząc na obecnie tworzone programy naprawcze (sporo

jest ich dostępnych w przestrzeni internetowej), często rzuca się w oczy standardowe podejście z oczywistymi pomysłami na poziomie bardzo ogólnym i nie poparte szczegółowymi analizami. Trudno w nich dostrzec kreatywne spojrzenie na dotychczasowy model prowadzonej działalności. W proponowanych regulacjach brakuje jeszcze najistotniejszego komponentu, czyli mechanizmów finansowych wspierających proces oddłużenia bez którego wyjście na prostą, w przypadku niektórych szpitali, będzie po prostu niemożliwe.

Moim zdaniem, po pierwsze trzeba zastanowić się, kto będzie moderatorem tego procesu, zwłaszcza w przypadku analiz prowadzonych pomiędzy kilkoma podmiotami. Czy ma to być ekspert z zewnątrz ze spojrzeniem bardziej obiektywnym, ale znającym realia funkcjonowania sektora ochrony zdrowia w Polsce czy raczej zespół pracowników? Ważnym elementem wydaje się konieczność przeprowadzenia spotkań w formule warsztatów strategicznych, tak aby do rozmów zaangażować przedstawicieli różnych grup interesariuszy oraz osoby z kreatywnym i innowacyjnym spojrzeniem na proces zmian. W ten sposób łatwiej będzie je później skutecznie wdrożyć. Pamiętajmy, że proces ten ma przede wszystkim charakter społeczny, a opory wobec zmian są po prostu czymś naturalnym.

Kolejnym etapem jest opiniowanie efektu końcowego programu naprawczego, zgodnie z zapisami ustawowymi przez:

- dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – w celu zajęcia stanowiska w zakresie oceny prognoz przychodowych oraz związanych z nimi działań przedstawionych w programie naprawczym;
- wojewodę (ze względu na miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej) – w celu zajęcia stanowiska w zakresie oceny dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do mapy potrzeb zdrowotnych lub do wojewódzkiego planu transformacji.

Oczywiście program naprawczy opiniuje również podmiot tworzący.

Ustawa określa także sposób monitorowania realizacji programu naprawczego wraz z przedziałami czasowymi okresów sprawozdawczych. Z pewnością programy te, ze względu na dużą zmienność otoczenia, będą ulegały stosownym modyfikacjom. W ogóle pojawia się pytanie, czy w obecnych warunkach poszukiwanie perspektywy strategicznej jest realne.

Podsumowując, mimo pewnych niedoskonałości, otwiera się dla zarządzających przestrzeń do działania. Zobaczymy, jak będzie można z niej skorzystać i jakie korekty na bieżąco będą konieczne do wprowadzenia. Jestem pewien, że aktywności proponowane przez STOMOZ będą stanowić w tych procesach doskonałą okazję do wymiany doświadczeń i wzajemnego wsparcia. ■

Grupowe ubezpieczenie na życie – kluczowy element polityki benefitowej w szpitalu



W sektorze ochrony zdrowia, gdzie praca wiąże się z wysokim poziomem stresu, ryzyka zawodowego i odpowiedzialności, coraz większe znaczenie zyskują benefity pozapłacowe wspierające bezpieczeństwo pracowników. Jednym z najważniejszych z nich jest grupowe ubezpieczenie na życie – rozwiązanie, które przynosi wymierne korzyści zarówno zatrudnionym, jak i samym placówkom medycznym.

Dla **pracowników szpitala** ubezpieczenie grupowe stanowi realne wsparcie finansowe w sytuacjach losowych, takich jak poważna choroba, nieszczęśliwy wypadek czy śmierć osoby bliskiej. Świadczenia wypłacane z polisy pozwalają zminimalizować skutki nieprzewidzianych zdarzeń i utrzymać stabilność finansową rodziny. Istotnym atutem jest także **niższy koszt składki** w porównaniu z ubezpieczeniami indywidualnymi – efekt efektu skali i warunków negocjowanych przez pracodawcę. Ponadto wielu ubezpieczycieli oferuje możliwość rozszerzenia ochrony o świadczenia dodatkowe, takie jak ubezpieczenie dzieci czy małżonka, co pozwala dopasować polisę do potrzeb całej rodziny.

Z perspektywy **pracodawcy**, czyli szpitala, wprowadzenie grupowego ubezpieczenia na życie to element strategicznego podejścia do zarządzania kapitałem ludzkim. Taki benefit wzmacnia **wizerunek instytucji jako odpowiedzialnego**

i troskliwego pracodawcy, co ma znaczenie zarówno w procesie rekrutacji, jak i retencji personelu medycznego. W realiach niedoboru wykwalifikowanej kadry, atrakcyjny pakiet benefitów może stanowić czynnik decydujący o wyborze miejsca pracy. Dodatkowo, dzięki współpracy z doświadczonym brokerem ubezpieczeniowym, możliwe jest opracowanie programu dopasowanego do struktury zatrudnienia i specyfiki ryzyka zawodowego personelu medycznego. Supra Brokers jako lider postępowania na życie przeprowadza proces od A do Z, dbając o dobro klientów.

Grupowe ubezpieczenie na życie to **podstawowe narzędzie budowania bezpieczeństwa organizacyjnego**. W efekcie ubezpieczenie grupowe staje się **kluczowym elementem polityki personalnej szpitala**, łączącym aspekty finansowe, społeczne i wizerunkowe w jedno spójne narzędzie zarządzania zasobami ludzkimi.



foto: Stock



Rozmowa z Waldemarem Malinowskim,
prezesem Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych

Bez strategii ponad podziałami nie naprawimy systemu

Antidotum: W lipcu Rada Narodowego Funduszu Zdrowia wydała pozytywną opinię w sprawie planu finansowego na 2026 rok. Mówimy o rekordowej puli – ponad 217 miliardów złotych, z czego ponad 201 miliardów ma być przeznaczonych na leczenie. Czy według Pana te środki są wystarczające, aby poprawić sytuację pacjentów i pracowników medycznych?

Waldemar Malinowski: Uważam, że absolutnie nie. Mamy do czynienia z rekordową kwotą na papierze, ale jeśli spojrzymy głębiej, okazuje się, że już teraz nie pokrywa ona realnych potrzeb systemu. Największy problem dotyczy wynagrodzeń pracowników medycznych. Według obecnej interpretacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a także strony rządowej, podwyżki obejmują tylko pracowników zatrudnionych na etatach. To jest podejście nie tylko błędne, ale i krzywdzące.

Od 2022 roku udało się wypracować zasadę równości form zatrudnienia – czyli niezależnie od tego, czy ktoś pracuje na etacie, kontrakcie czy innego rodzaju umowie cywilnoprawnej, powinien być traktowany tak samo. Tę zasadę właśnie się odrzuca. To jest powrót do rozwiązań, które dzielą środowisko medyczne i prowadzą do konfliktów.

Zatem dziś część pracowników – np. pielęgniarki czy lekarze kontraktowi – zostaje wykluczona z ustawowych podwyżek?

Niestety tak. A pamiętajmy, że w wielu szpitalach to właśnie kontrakty dominują. W praktyce oznacza to, że ta sama praca wykonywana przez lekarza na etacie i na kontrakcie będzie różnie wyceniana. To absurd.

Dodatkowo środki przewidziane na podwyżki są za małe. W planie na 2025 rok mówi się o 9 miliardach złotych. Z naszych analiz wynika, że potrzeba minimum 18,5 miliarda złotych – i to tylko na wyrównanie wynagrodzeń we wszystkich formach zatrudnienia. W 2026 roku ta kwota będzie jeszcze większa. Jeśli tego nie zapewnimy, szpitale powiatowe po prostu nie udźwigną obowiązków.

Problem nie leży chyba wyłącznie w finansowaniu. Może to także kwestia nieodpowiedniej organizacji całego systemu?

Oczywiście. Pieniądze są ważne, ale bez względu na wysokość dostępnej puli, nie rozwiążą problemu. System trzeba przebudować kompleksowo. Dziś mamy do czynienia z sytuacją, w której podstawowa opieka zdrowotna często nie realizuje swojej funkcji. Zamiast prowadzić pacjenta od początku do końca, działa jak przekaźnik – „proszę iść do specjalisty, proszę jechać do szpitala”.

Efekt jest taki, że szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć w weekendy i poza godzinami pracy POZ-ów pełnią rolę doraźnej opieki medycznej. To prowadzi do gigantycznych kolejek i przeciążenia szpitali. System działa w silosach: POZ osobno, AOS osobno, szpitale osobno, a nocna i świąteczna pomoc osobno. Pacjent gubi się w tym chaosie.

Jakie rozwiązania są według Pana kluczowe, aby wyjść z tego błędnego koła?

Po pierwsze – potrzebujemy powiatowych centrów zdrowia. To struktury, które integrowałyby POZ, AOS i szpital na poziomie powiatu. Pacjent powinien mieć poczucie, że cały proces leczenia – od diagnozy po terapię – jest spójny i logiczny.

Dziś pacjent trafia na SOR, nie mając przy sobie dokumentacji. Badania wykonane w POZ czy AOS nie są dostępne dla lekarzy w szpitalu. W efekcie badania są powtarzane, a system marnuje ogromne pieniądze. Koordynacja jest niezbędna. W przeciwnym razie nadal będziemy tkwić w chaosie i zderzać się z niezadowoleniem pacjentów.



System trzeba przebudować kompleksowo. Dziś mamy do czynienia z sytuacją, w której podstawowa opieka zdrowotna często nie realizuje swojej funkcji

To brzmi jak mocny argument za pełną informatyzacją systemu.

Zgadza się. Ale mówmy o informatyzacji prawdziwej, a nie pozornej. Od lat słyszymy o projekcie P1, a efektów wciąż nie ma. Obecnie każdy segment korzysta z własnych systemów, które ze sobą nie współpracują.

Wyobraźmy sobie sytuację, w której powiatowy szpital prowadzi wspólną diagnostykę dla placówek medycznych z całego powiatu. Lekarz pracujący w szpitalu wpisuje PESEL pacjenta i natychmiast widzi jego historię badań. To oszczędza czas, pieniądze i pozwala działać skuteczniej. Niestety dziś zamiast integracji mamy rozdrobnienie i brak przepływu informacji.

Z Pańskich wypowiedzi wybrzmiewa, że lekarze POZ powinni być bardziej zaangażowani w opiekę nad pacjentami...

Tak, to kluczowe. Obecnie POZ odpowiada tylko za pacjenta w godzinach swojej pracy. Po 18:00 pacjent zostaje sam i często trafia na SOR, bo nie ma innej możliwości. Gdyby lekarze POZ byli zobowiązani do dyżurów w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej albo w powiatowych centrach zdrowia, odpowiedzialność byłaby rozłożona bardziej równomiernie. Wtedy SOR-y nie byłyby przeciążone, a pacjent miałby lepszy dostęp do opieki. Jednak to wymaga decyzji systemowych i regulacji ustawowych.

1 lipca rząd przyjął przygotowany przez resort zdrowia projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej. Czy to może być krok w stronę naprawy systemu?

Niestety nie wierzę, że sama ustawa rozwiąże problemy. Jeśli nie będzie kompleksowej strategii, efekt będzie taki, że zreformujemy tylko jeden segment – szpitale – a reszta pozostanie w chaosie. Trzeba zmieniać całość: od POZ przez AOS po szpitale, wziąć pod uwagę finansowanie, informatyzację. Inaczej będziemy tylko przesuwali problemy z jednego miejsca na drugie.

System ochrony zdrowia w Polsce coraz częściej postrzegany jest jako mocno upolityczniony. Czy według Pana możliwe jest jego odpolitycznienie?

Szczerze? Nie wierzę w pełne odpolitycznienie. To nie-realne, bo ochrona zdrowia zawsze będzie jednym z kluczowych obszarów dla każdej władzy – zarówno z powodów społecznych, jak i wyborczych. Zawsze znajdą się politycy, którzy będą chcieli wpływać na decyzje finansowe, organizacyjne czy kadrowe.

Natomiast to, co możemy i powinniśmy zrobić, to wypracować fundament ponad polityką. Jako Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych przygotowaliśmy 10 systemowych postulatów, które – naszym zdaniem – powinny stać się nienaruszalne bez względu na to, kto rządzi. Chcemy, aby najpierw zostały skonsultowane ze środowiskiem: związkami zawodowymi, samorządami medycznymi, izbami lekarskimi i pielęgniarskimi. Dopiero wtedy będziemy je przedstawiać opinii publicznej i politykom.

Czy mógłby Pan przybliżyć najważniejsze założenia, których realizacja pozwoliłaby na budowanie sprawnie działającego systemu?

Wiele aspektów jest ważnych, ale jeśli miałbym wskazać kilka kluczowych, byłyby to:

Stabilność reform. Nie powinniśmy reformować systemu co cztery lata. To absurdalne, a wręcz szkodliwe. Każdy kolejny rząd przychodzi z nową wizją, odwraca decyzje poprzedników, a system staje się jeszcze bardziej chaotyczny. Potrzebujemy ciągłości i przewidywalności.



Sama ustawa nie rozwiąże problemów. Jeśli nie będzie kompleksowej strategii, efekt będzie taki, że zreformujemy tylko jeden segment – szpitale – a reszta pozostanie w chaosie

Strategia długofalowa. System ochrony zdrowia musi być planowany w perspektywie minimum 12 lat – czyli trzech kadencji parlamentarnych. Dopiero wtedy możemy mówić o efektach: odbudowie kadr, budowie infrastruktury, zmianie finansowania. Decyzje podejmowane w atmosferze politycznej presji, pod wpływem protestów czy emocji medialnych, nie mają nic wspólnego z bezpieczeństwem pacjentów.

Koordinacja opieki. Pacjent powinien być prowadzony przez system w sposób spójny – od POZ, przez AOS, po szpital i opiekę długoterminową. Dziś tego nie ma.

12-letnia strategia jest wystarczająca?

Tak. To wystarczająco długo, by zbudować solidne podstawy, a jednocześnie na tyle krótko, żeby monitorować i korygować błędy. Oczywiście potrzebne są mapy potrzeb zdrowotnych i dane epidemiologiczne, ale nie mogą one lądować w szufladzie. Muszą być podstawą decyzji.

Dziś mamy ogromny rozdźwięk: dokumenty istnieją, ale praktyka rządzi się pokrętną logiką – doraźną, często polityczną. To niszczy zaufanie i demotywuje personel medyczny, który widzi, że planowanie nie przekłada się na codzienną rzeczywistość.

Jaka – Pana zdaniem – jest dziś rola szpitali powiatowych?

Kluczowa. Szpital powiatowy to dla większości mieszkańców pierwsze i najważniejsze miejsce kontaktu z systemem szpitalnictwa. Około 80 procent ludzi utożsamia się właśnie ze swoim lokalnym szpitalem, a nie z kliniką w dużym mieście.

Oczywiście nie chodzi o to, żeby każdy szpital miał wszystkie możliwe oddziały. Chodzi o funkcjonalne dostosowanie do potrzeb danego regionu. Dlatego promujemy koncepcję powiatowego centrum zdrowia – integrującego POZ, AOS i szpital. Takie centrum ma gwarantować pacjentowi opiekę 24 godziny na dobę, ciągłość leczenia i przewidywalność.

Zatem właściwy kierunek to koncentracja, a nie rozproszenie?

Dokładnie tak. Lokalne POZ-y, szczególnie na terenach wiejskich, już dziś borykają się z niedoborem kadry. W naturalny sposób opieka będzie się koncentrować w większych jednostkach, ale to musi być dobrze zaplanowane i osadzone w systemie, a nie narzucone politycznie.

Na Śląsku, gdzie mamy duże zagęszczenie ludności i szpitali, konsolidacja wydaje się logicznym kierunkiem. W innych regionach, np. wschodniej Polsce, potrzebne będzie budowanie od podstaw nowoczesnych centrów powiatowych. Jedno rozwiązanie dla całego kraju nie istnieje – musi być elastyczność i analiza lokalnych potrzeb.

Na koniec – jakie słowa chciałby Pan skierować do dyrektorów szpitali powiatowych?

Przede wszystkim chciałbym zaapelować o jedność. Jesteśmy w takim momencie, że tylko mówiąc jednym głosem możemy cokolwiek zmienić. Przed nami kluczowe decyzje – zarówno finansowe, jak i organizacyjne. To od naszej spójnej postawy zależy, czy szpitale powiatowe będą traktowane jako fundament systemu, czy jako jego słaby punkt. A przecież wszyscy wiemy, że bez nich ochrona zdrowia w Polsce po prostu się rozpadnie. ■



ARTYKUŁ PROMOCYJNY

Droga do sukcesu

Akademia Śląska to dynamicznie rozwijająca się uczelnia kształcąca przyszłych lekarzy, inżynierów, przedsiębiorców i artystów, którzy łączą wiedzę, pasję i empatię w budowaniu nowoczesnej przyszłości medycyny i nauki.



Akademia Śląska, jest wiodącą niepubliczną uczelnią na Śląsku, oferującą studia techniczne, artystyczne, medyczne oraz biznesowe. Jej głównym atutem jest wysoki poziom edukacji, zapewniany przez wykwalifikowaną kadrę i doświadczonych nauczycieli akademickich. Programy studiów spełniają wszystkie wymagania oraz standardy kształcenia określone właściwymi rozporządzeniami, a także uzyskały pozytywną ocenę Państwowej Komisji Akredytacyjnej.

– Naszą misją jest kompleksowe przygotowanie studentów do wejścia na rynek pracy poprzez wysokiej jakości kształcenie oraz udział w prowadzonych badaniach naukowych odpowiadających na aktualne potrzeby społeczno-gospodarcze – mówi mgr inż. arch. Akadiusz Hołda, kanclerz Akademii Śląskiej.

Ogromnym zainteresowaniem na Akademii Śląskiej cieszą się kierunki wydziału medycznego. Obecnie na Wydziale Nauk Medycznych studenci mogą kształcić się na kierunku lekarskim, pielęgniarstwie, fizjoterapii i ratownictwie medycznym.

– Medycyna to studia żmudne i trudne. Ogromny materiał do zapamiętania i wyuczenia. Tutaj chęci do nauki trzeba mieć przez całe życie, bo medycyna cały czas się rozwija. Ale równie ważna rzecz to empatia. Jako lekarze dostajemy do rąk życie ludzkie i od tego jak my z tym człowiekiem będziemy rozmawiać, zależy jego dobrobyt. W tym zawodzie trzeba po prostu lubić ludzi – mówi dr n. med. Grzegorz Religa, dziekan Wydziału Nauk Medycznych im. prof. Zbigniewa Religi.

Według prof. Andrzeja Bochenka zawody medyczne będą zawsze potrzebne.

– Nie jest tajemnicą, że zarówno lekarze, jak i pielęgniarki uczynią zarabiać bardzo dobrze. Ale każdy, kto wybiera te studia,

powinien być przygotowany na ciężką i trudną naukę i... porażki – mówi prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Bochenek, prorektor Akademii Śląskiej.

Studenci kierunków medycznych Akademii Śląskiej mogą również liczyć na praktyki zawodowe i szkolenia.

– Poszukujemy miejsc, w których nasi studenci mogliby się rozwijać, odbywać zajęcia i praktyki, a docelowo rozpocząć pracę – mówi dr n. med. i n. o zdr. Magdalena Wierzbik-Mikos, która od ponad siedmiu lat odpowiada za współpracę Akademii Śląskiej z ośrodkami medycznymi.

Studia na wydziale medycznym to również gwarancja dalszego rozwoju naukowego i awansu. Od 2022 r. Akademia Śląska posiada uprawnienia do nadawania stopni naukowych doktora habilitowanego i doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne. Uczelnia uprawnienia te otrzymała po uzyskaniu na kierunku lekarskim kategorii naukowej A.

– O uprawnienia doktora habilitowanego i doktora mogą ubiegać się przedstawiciele takich zawodów jak: lekarz medycyny, lekarz dentysta, pielęgniarka, fizjoterapeuta i ratownik medyczny – informuje prof. dr hab. n. med. Zdzisław Kondera-Anasz, przewodnicząca Rady Naukowej Wydziału Nauk Medycznych.

Akademia Śląska poszerza również swoją ofertę studiów dyplomowych oraz szkoleń, dostosowując się do nowoczesnych trendów edukacyjnych i oczekiwań rynku pracy. To bogata oferta nauki dotyczącej badań klinicznych, medycyny estetycznej dla lekarzy, podstaw medycyny estetycznej i kosmologii dla pielęgniarek i położnych oraz Master of Business Administration MBA – zarządzanie w ochronie zdrowia.



Efektywność ekonomiczna form prawnych szpitali w Polsce (2021–2024)

Analiza wyników ekonomicznych szpitali z ostatnich lat – obejmująca kluczowe parametry, jak rentowność działalności operacyjnej i netto, ROA, płynność oraz zadłużenie i rotacje – wykazuje nie tylko różnice między spółkami a SPZOZ, ale również zróżnicowanie wewnątrz samych spółek. Wymaga to zbadania przyczyn, które do takich rozbieżności prowadzą.

JAROSŁAW KOZERA



Wstęp

W polskiej ochronie zdrowia od lat toczy się debata nad optymalną formą prawną prowadzenia szpitali. Obok samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), które dominują w strukturze, funkcjonują również spółki kapitałowe – spółki

z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółki akcyjne, różniące się dodatkowo strukturą właścicielską (większościowy udział publiczny, mniejszościowy udział publiczny, bez celu osiągnięcia zysku). Dyskusja nie jest jedynie akademicka – forma prawna determinuje bowiem możliwości zarządzania finansami, elastyczność

w zakresie świadczeń oraz zdolność do utrzymania płynności i stabilności bilansowej.

Zadaniem niniejszego opracowania jest porównanie wyników ekonomicznych szpitali w latach 2021-2024 z wykorzystaniem wskaźników Ministerstwa Zdrowia. Analiza obejmuje kluczowe parametry – rentowność działalności operacyjnej i netto, ROA, płynność oraz zadłużenie i rotacje – w podziale na formy prawne i strukturę właścicielską. Wyniki pokazują nie tylko różnice między spółkami a SPZOZ, ale też głębsze zróżnicowanie wewnątrz samych spółek, co wymaga dalszego badania przyczyn i mechanizmów, które prowadzą do takich rozbieżności.

Rentowność działalności operacyjnej

Wprowadzenie

Wskaźnik ten pokazuje zdolność szpitala do generowania wyniku finansowego wyłącznie na podstawowej działalności. Optymalne wartości wynoszą 2-5%.

Wnioski

SPZOZ i spółki publiczne bez celu zysku nie osiągają nawet minimalnych wartości. Spółki prywatne i z mniejszościowym udziałem publicznym osiągają stabilne, dodatnie wyniki. Warto zbadać przyczyny tak dużych różnic – możliwe, że wynikają one z niedoszacowania taryf NFZ, braku elastyczności w redukcji kosztów oraz konieczności utrzymywania świadczeń nierentownych w jednostkach publicznych.

Rentowność netto

Wprowadzenie

Wskaźnik ten uwzględnia wszystkie przychody i koszty, pokazując ostateczny wynik finansowy. Optymalna wartość: 1-3%.

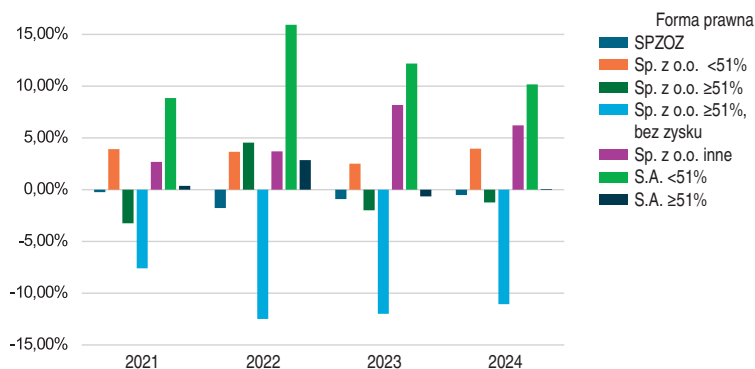
Wnioski

Spółki prywatne i mieszane generują trwałe zyski przewyższające wartości optymalne, podczas gdy SPZOZ i spółki publiczne pozostają w chronicznej nierentowności. Warto zidentyfikować, czy kluczowe znaczenie ma struktura portfela świadczeń czy też polityka właścicielska. Wnioski te wskazują

Wyniki pokazują nie tylko różnice między spółkami a SPZOZ, ale też głębsze zróżnicowanie wewnątrz samych spółek, co wymaga dalszego badania przyczyn i mechanizmów, które prowadzą do takich rozbieżności

Forma prawna	2021	2022	2023	2024
SPZOZ	-0,25%	-1,77%	-0,92%	-0,53%
Sp. z o.o. (udział publiczny <51%)	3,91%	3,66%	2,50%	3,95%
Sp. z o.o. (udział publiczny ≥51%)	-3,24%	-4,55%	-1,99%	-1,23%
Sp. z o.o. (≥51%, bez celu zysku)	-7,61%	-12,49%	-12,00%	-11,06%
Sp. z o.o. (pozostałe)	2,68%	3,70%	8,18%	6,22%
S.A. (udział publiczny <51%)	8,85%	15,92%	12,18%	10,18%
S.A. (udział publiczny ≥51%)	-0,37%	-2,86%	-0,66%	0,06%

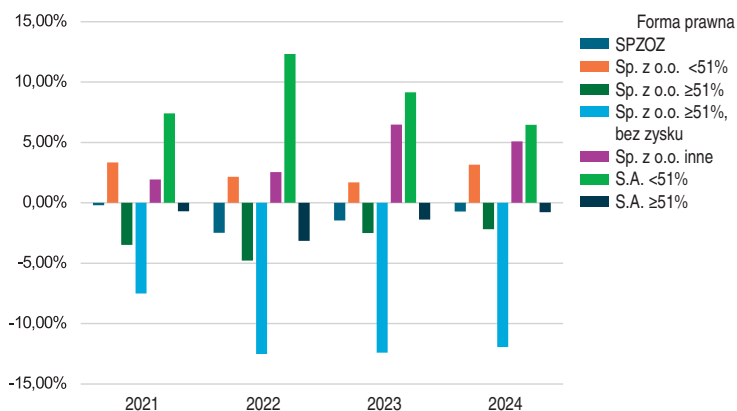
Tab. 1. Rentowność operacyjna (%) wg form prawnych (2021-2024)



Ryc. 1. Rentowność operacyjna wg form prawnych (2021-2024)

Forma prawna	2021	2022	2023	2024
SPZOZ	-0,19%	-2,48%	-1,46%	-0,71%
Sp. z o.o. (udział publiczny <51%)	3,35%	2,16%	1,70%	3,16%
Sp. z o.o. (udział publiczny ≥51%)	-3,48%	-4,78%	-2,49%	-2,19%
Sp. z o.o. (≥51%, bez celu zysku)	-7,51%	-12,51%	-12,40%	-11,95%
Sp. z o.o. (pozostałe)	1,93%	2,54%	6,48%	5,09%
S.A. (udział publiczny <51%)	7,41%	12,32%	9,15%	6,46%
S.A. (udział publiczny ≥51%)	-0,70%	-3,15%	-1,39%	-0,78%

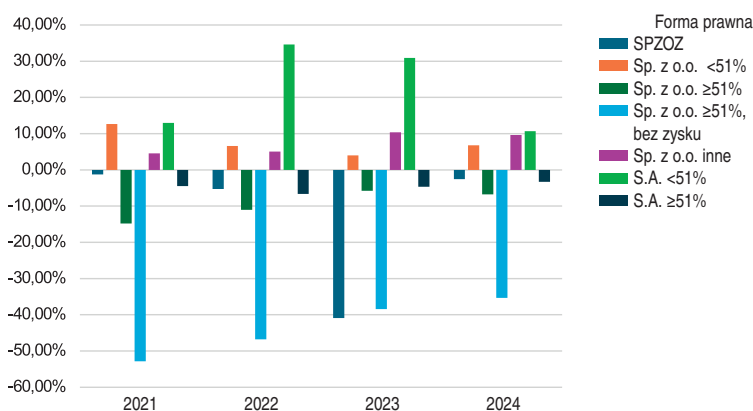
Tab. 2. Rentowność netto (%) wg form prawnych (2021-2024)



Ryc. 2. Rentowność netto wg form prawnych (2021-2024)

Forma prawna	2021	2022	2023	2024
SPZOZ	-1,26%	-5,25%	-40,90%	-2,54%
Sp. z o.o. (udział publiczny <51%)	12,66%	6,57%	4,01%	6,78%
Sp. z o.o. (udział publiczny ≥51%)	-14,78%	-11,00%	-5,78%	-6,76%
Sp. z o.o. (≥51%, bez celu zysku)	-52,87%	-46,76%	-38,40%	-35,31%
Sp. z o.o. (pozostałe)	4,56%	5,06%	10,37%	9,66%
S.A. (udział publiczny <51%)	12,95%	34,63%	30,88%	10,66%
S.A. (udział publiczny ≥51%)	-4,49%	-6,63%	-4,63%	-3,32%

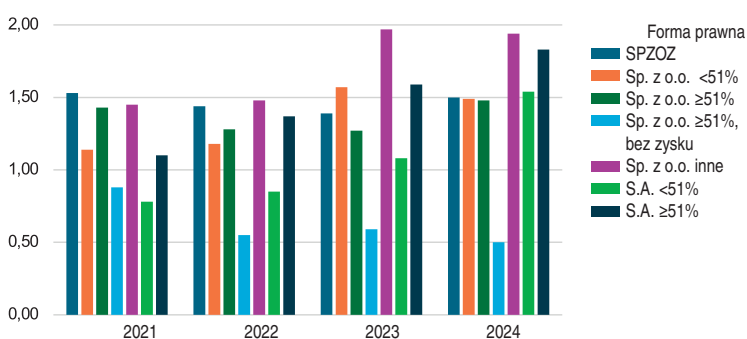
Tab. 3. ROA (%) wg form prawnych (2021-2024)



Ryc. 3. Zwrot z aktywów (ROA) wg form prawnych (2021-2024)

Forma prawna	2021	2022	2023	2024
SPZOZ	1,53	1,44	1,39	1,50
Sp. z o.o. (udział publiczny <51%)	1,14	1,18	1,57	1,49
Sp. z o.o. (udział publiczny ≥51%)	1,43	1,28	1,27	1,48
Sp. z o.o. (≥51%, bez celu zysku)	0,88	0,55	0,59	0,50
Sp. z o.o. (pozostałe)	1,45	1,48	1,97	1,94
S.A. (udział publiczny <51%)	0,78	0,85	1,08	1,54
S.A. (udział publiczny ≥51%)	1,10	1,37	1,59	1,83

Tab. 4. Płynność bieżąca wg form prawnych (2021-2024) ROA (%) wg form prawnych (2021-2024)



Ryc. 4. Płynność bieżąca wg form prawnych (2021-2024)

na potrzebę dalszych badań nad wpływem taryfikacji NFZ i mechanizmów finansowania zadań misyjnych.

Zwrot z aktywów (ROA)

Wprowadzenie

ROA mierzy efektywność wykorzystania aktywów do generowania zysku. Optymalne wartości dla szpitali: 2-6%.

Wnioski

SPZOZ i spółki publiczne z większościowym udziałem utrzymują skrajnie ujemne wartości, co sygnalizuje nieefektywne wykorzystanie majątku. Szczególnie widoczna jest anomalia w 2023 roku, kiedy ROA SPZOZ spadło do -40,90%. Spółki prywatne przewyższają znacznie poziomy optymalne, a spółki akcyjne z udziałem prywatnym osiągają bardzo wysokie wskaźniki w 2022 i 2023 roku. Należy pogłębić analizę przyczyn tak dużych rozbieżności – mogą one wynikać z różnic w strukturze aktywów, intensywności inwestycji lub sposobu kontraktowania świadczeń z NFZ. Wskazane jest zbadanie, które mechanizmy pozwalają spółkom prywatnym utrzymywać wysoką efektywność aktywów i czy mogą one zostać zaadaptowane w sektorze publicznym.

Płynność bieżąca i szybka

Wprowadzenie

Płynność wskazuje zdolność do spłaty bieżących zobowiązań. Optymalne wartości: bieżąca 1,5-2,0; szybka 1,2-1,5.

Wnioski

SPZOZ balansują na granicy bezpieczeństwa, spółki prywatne i mieszane utrzymują wartości w normie, natomiast spółki publiczne bez celu zysku trwale pozostają poniżej minimalnych standardów. Zasadne jest badanie wpływu właściciela publicznego na politykę płynnościową oraz roli centralnych regulacji w tym zakresie.

Zadłużenie aktywów

Wprowadzenie

Wskaźnik określa relację zobowiązań do aktywów. Optymalny poziom <70%.

Wnioski

SPZOZ i spółki publiczne bez celu zysku są chronicznie nadmiernie zadłużone. Spółki prywatne osiągają wskaźniki zgodne z normą. Niezbędne jest wskazanie mechanizmów, które generują spiralę zadłużenia w jednostkach publicznych – może to wynikać zarówno z niewystarczającego finansowania z NFZ, jak i słabej kontroli kosztów.

Rotacja należności i zobowiązań

Wprowadzenie

Wskaźniki DSO i DPO pokazują sprawność w inkasowaniu należności i regulowaniu zobowiązań. Optymalne wartości: DSO 25-35 dni, DPO 40-60 dni.

Wnioski

- SPZOZ poprawiły wyniki** – z poziomu poniżej 20 do ponad 30, co dowodzi, że stereotyp o ich trwałej nieefektywności nie znajduje potwierdzenia w danych.
- Spółki z o.o. bez celu zysku** to najbardziej obiecująca formuła – pokazują stały i logiczny wzrost efektywności. To sugeruje, że model mieszany (rygor spółki + brak presji na zysk) najlepiej odpowiada specyfice ochrony zdrowia.
- Spółki prywatne (pozostałe)** mają najwyższe wskaźniki, ale są bardziej wrażliwe na wahania – stabilność jest mniejsza niż w podmiotach publicznych.
- Spółki akcyjne i spółki z o.o. z dominującym udziałem publicznym** osiągają wyniki porównywalne do SPZOZ – forma prawna sama w sobie nie jest więc czynnikiem sukcesu.
- Rok 2022 zawiera poważne anomalie** w danych trzech kategorii spółek z o.o. (13411,87; 203,10; 494,22). Są to wartości niewiarygodne i prawdopodobnie wynikają z błędów technicznych w danych źródłowych. W obecnym kształcie uniemożliwiają poprawną interpretację i są wyłączone z analizy.

Wnioski syntetyczne

- SPZOZ i spółki akcyjne (≥51% udziału publicznego)** wykazują porównywalny poziom efektywności – zmiana formy prawnej z SPZOZ na S.A. nie przynosi automatycznie lepszych wyników.
- Spółki z o.o. bez celu zysku** pokazują najbardziej systematyczny wzrost efektywności w latach 2021-2024. To może być efekt presji właścicielskiej i poprawy dyscypliny kosztowej.
- Rok 2022 zawiera poważne anomalie** w danych trzech kategorii spółek z o.o. (17183,67; 300,04; 882,66). Są to wartości niewiarygodne i prawdopodobnie wynikają z błędów technicznych w danych źródłowych. W obecnym kształcie uniemożliwiają poprawną interpretację i są wyłączone z analizy.

Podsumowanie i rekomendacje systemowe

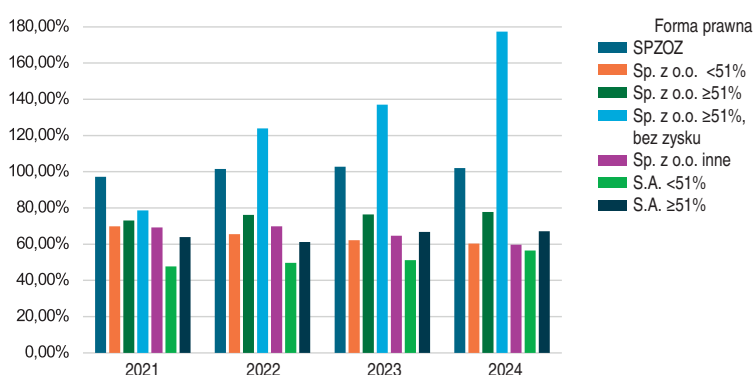
Analiza wskaźników przedstawionych w tabelach i zilustrowanych wykresami pozwala wskazać kilka klu-



SPZOZ utrzymują się trwale w strefie wyników ujemnych w zakresie rentowności i ROA, a także charakteryzują się nadmiernym zadłużeniem i długimi cyklami regulowania zobowiązań

Forma prawna	2021	2022	2023	2024
SPZOZ	97,19%	101,49%	102,78%	101,97%
Sp. z o.o. (udział publiczny <51%)	69,91%	65,52%	62,23%	60,37%
Sp. z o.o. (udział publiczny ≥51%)	73,05%	76,15%	76,37%	77,77%
Sp. z o.o. (≥51%, bez celu zysku)	78,68%	123,97%	137,05%	177,41%
Sp. z o.o. (pozostałe)	69,29%	69,89%	64,62%	59,74%
S.A. (udział publiczny <51%)	47,73%	49,67%	51,19%	56,53%
S.A. (udział publiczny ≥51%)	63,95%	61,17%	66,79%	67,10%

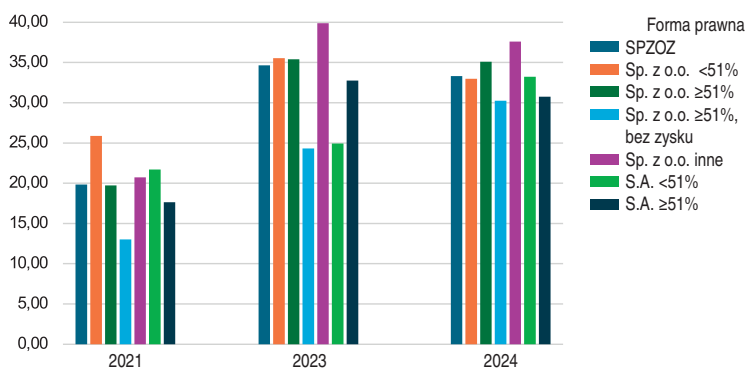
Tab. 5. Zadłużenie aktywów (%) wg form prawnych (2021-2024)



Ryc. 5. Zadłużenie aktywów wg form prawnych (2021-2024)

Forma prawna	2021	2022	2023	2024
SPZOZ	19,83	33,69	34,66	33,31
Sp. z o.o. (udział publiczny <51%)	25,88	13411,87	35,53	32,97
Sp. z o.o. (udział publiczny ≥51%)	19,72	203,10	35,40	35,09
Sp. z o.o. (≥51%, bez celu zysku)	13,03	23,85	24,33	30,26
Sp. z o.o. (pozostałe)	20,73	494,22	39,88	37,61
S.A. (udział publiczny <51%)	21,70	26,30	24,94	33,24
S.A. (udział publiczny ≥51%)	17,64	33,56	32,74	30,75

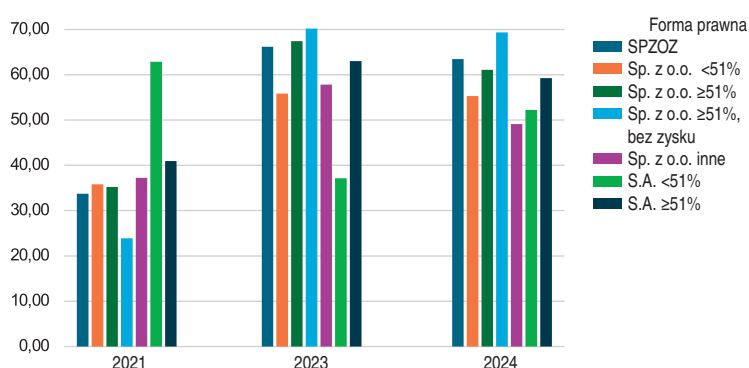
Tab. 6. Rotacja należności (DSO, dni) wg form prawnych (2021-2024)



Ryc. 6. Rotacja należności wg form prawnych (2021-2024)

Forma prawna	2021	2022	2023	2024
SPZOZ	33,71	62,13	66,20	63,49
Sp. z o.o. (udział publiczny <51%)	35,80	17183,67	55,84	55,32
Sp. z o.o. (udział publiczny ≥51%)	35,21	300,04	67,45	61,11
Sp. z o.o. (≥51%, bez celu zysku)	23,87	62,61	70,19	69,36
Sp. z o.o. (pozostałe)	37,25	882,66	57,85	49,14
S.A. (udział publiczny <51%)	62,89	47,91	37,16	52,25
S.A. (udział publiczny ≥51%)	40,95	66,48	63,03	59,25

Tab. 7. Rotacja zobowiązań (DPO, dni) wg form prawnych (2021-2024)



Ryc. 7. Rotacja zobowiązań wg form prawnych (2021-2024)

- czowych prawidłowości. SPZOZ utrzymują się trwale w strefie wyników ujemnych w zakresie rentowności i ROA, a także charakteryzują się nadmiernym zadłużeniem i długimi cyklami regulowania zobowiązań. Spółki kapitałowe prywatne i z mniejszościowym udziałem publicznym wypadają znacznie lepiej – osiągają marże powyżej wartości optymalnych, wyższy zwrot z aktywów oraz stabilne wskaźniki płynności. Spółki publiczne bez celu zysku są najbardziej obciążone i wymagają dalszych badań nad przyczynami ich słabej kondycji.

Wnioski płynące z danych są jednoznaczne – różnice nie wynikają jedynie z formy prawnej, lecz także z charakteru właścicielskiego i modelu zarządzania. Konieczne jest prowadzenie pogłębionych badań przyczynowych, aby zrozumieć mechanizmy wpływające na nierentowność jednostek publicznych oraz przenieść dobre praktyki ze spółek prywatnych do sektora publicznego.



Spółki kapitałowe prywatne i z mniejszościowym udziałem publicznym wypadają znacznie lepiej – osiągają marże powyżej wartości optymalnych, wyższy zwrot z aktywów oraz stabilne wskaźniki płynności

Rekomendacje systemowe

1. Priorytet kultury odpowiedzialności za własność publiczną.

Kluczowym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia nie są jedynie niedoskonałości taryf czy mechanizmów wyceny, lecz brak poszanowania dla własności publicznej. Mentalność części kadry menedżersko-lekarskiej opiera się na narracjach środowiskowych, a nie na profesjonalnych standardach zarządzania. Niezbędne jest budowanie kultury odpowiedzialności za majątek i misję publiczną, w której decyzje ekonomiczne traktowane są jako element odpowiedzialności społecznej, a nie jako uciążliwy dodatek.

2. Mechanizmy finansowania gotowości w SPZOZ.

Konieczne jest wyodrębnienie finansowania gotowości, aby świadczenia nierentowne nie obciążały wyników ekonomicznych szpitali publicznych. Brak takiego mechanizmu utrwala iluzję nieefektywności SPZOZ i pogłębia przekonanie, że publiczna własność jest skazana na gorsze wyniki.

3. Nowy model nadzoru właścicielskiego nad spółkami publicznymi.

Wysokie zadłużenie i chroniczne problemy płynnościowe spółek publicznych bez celu zysku są wynikiem nie tylko finansowych błędów, ale również braku skutecznego nadzoru właścicielskiego. Wymaga to zmiany modelu, w którym obiektywne narzędzia analizy będą uzupełnione o kryteria etyczne i kulturowe, odnoszące się do szacunku dla dobra wspólnego.

4. Transfer profesjonalnych praktyk zarządczych.

Konieczne jest wdrożenie systemu transferu dobrych praktyk z sektora prywatnego do SPZOZ. Obejmuje to nie tylko instrumenty kontroli kosztów i zarządzania płynnością, ale przede wszystkim kształtowanie kultury rozliczalności i profesjonalizacji funkcji menedżerskich. Eliminacja subiektywnych narracji i wprowadzenie obiektywnych standardów zarządczych są warunkiem trwałej poprawy efektywności.

5. Nowa polityka taryfowa NFZ.

System taryf powinien być projektowany nie tylko jako narzędzie rachunkowe, lecz jako element budowania równowagi pomiędzy misją publiczną a rachunkiem ekonomicznym. Zróznicowanie taryf musi brać pod uwagę specyficzną rolę SPZOZ, przy czym warunkiem skuteczności będzie równoczesne budowanie kultury odpowiedzialności i szacunku dla publicznych zasobów.

6. Badania porównawcze i modele współistnienia form prawnych.

W dalszych analizach niezbędne jest uwzględnienie wymiaru kulturowego i etycznego – czyli relacji społeczeństwa do własności publicznej. Same wskaźniki finansowe nie wystarczą do wypracowania trwałych modeli współistnienia SPZOZ i spółek prywatnych. Benchmarki międzynarodowe powinny obejmować nie tylko rozwiązania strukturalne, ale także praktyki budowania odpowiedzialności i prestiżu sektora publicznego. ■



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 Opron. 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 Opron występuje także w wersji dla

sal hybrydowych. Dowody na skuteczność systemu Opron 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 Opron 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 **Opron** 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

Rozmowa z dr. n. med. Tadeuszem Urbanem,
prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach

Planowanie w warunkach niepewności – o trudnej rzeczywistości szpitali

Antidotum: Nowa ustawa dotycząca restrukturyzacji szpitalnictwa w Polsce budzi spore emocje. Jakie najważniejsze konsekwencje – pozytywne i negatywne – mogą, według Pana, wynikać z jej wdrożenia, zwłaszcza dla dyrektorów szpitali i kadry zarządzającej placówkami?

Tadeusz Urban: Zaczniemy od tego, że każda reforma systemowa w ochronie zdrowia powinna być poprzedzona dogłębną analizą oraz transparentną dyskusją. W przypadku obecnej ustawy, niestety, mamy do czynienia z dokumentem, który jest w dużej mierze ogólnikowy. Owszem, mówi się o konsolidacji, racjonalizacji, poprawie efektywności – ale brakuje konkretnych, mierzalnych wskaźników i planów wdrożeniowych. W tej sytuacji dyrektorzy szpitali są w zawieszeniu – nie wiedzą, czego się spodziewać, jak planować zatrudnienie, inwestycje czy choćby organizację dyżurów.

Największe obawy budzi kwestia możliwej likwidacji oddziałów. Dla społeczności lokalnych – zwłaszcza na terenach wiejskich i w małych miastach – może to oznaczać faktyczne odcięcie od podstawowej opieki szpitalnej. Z jednej strony rozumiemy potrzebę porządkowania systemu, bo utrzymywanie trzech oddziałów internistycznych w jednym powiecie nie zawsze ma sens. Z drugiej strony, nie możemy dopuścić do sytuacji, w której mieszkańcy są pozbawieni dostępu do świadczeń, bo „tak wyszło z wyliczeń”.

Potrzebujemy elastyczności i myślenia w kategoriach zdrowia publicznego, a nie tylko księgowości.

W projekcie ustawy podkreśla się znaczenie konsolidacji placówek o zbliżonym profilu działalności. Czy Pana zdaniem to droga do poprawy jakości i dostępności świadczeń, czy raczej ryzyko pogłębienia centralizacji i marginalizacji mniejszych ośrodków?

Konsolidacja sama w sobie nie jest zła. Oczywiście pod warunkiem, że wynika z analizy potrzeb, a nie z urzędowego rozporządzenia. W dużych miastach, gdzie mamy nadmiar świadczeniodawców w podobnych zakresach – jak chirurgia ogólna, interna, pediatria – faktycznie można myśleć o łączeniu oddziałów, inwestowaniu w jeden, dobrze wyposażony i odpowiednio obsadzony szpital. W efekcie podnosi się jakość leczenia, jak również zwiększa dostęp do nowoczesnego sprzętu i skraca się czas oczekiwania.

Jednak w regionach mniej zurbanizowanych takie podejście może być szkodliwe. Jeśli likwidujemy jedyny oddział ratunkowy w promieniu 70 km, bo nie spełnia norm, to nie poprawiamy systemu, tylko go niszczymy. Poza tym warto pamiętać, że konsolidacja wiąże się z centralizacją kadr, czyli *de facto* z pogłębieniem problemu deficytu personelu na prowincji. Nie wszyscy lekarze chcą lub mogą dojeżdżać ►



- kilkadziesiąt kilometrów do pracy – zwłaszcza jeśli chodzi o dyżury nocne czy świąteczne.

Coraz częściej mówi się o konieczności przekształcania oddziałów szpitalnych w bardziej elastyczne jednostki, np. oddziały jednodniowe. Czy to rzeczywiście może być odpowiedź na zmieniające się potrzeby pacjentów i realia finansowe szpitali?

Zdecydowanie tak. Dzisiejszy pacjent jest bardziej świadomy, z reguły aktywny zawodowo, oczekuje krótkiego pobytu w szpitalu, szybkiej diagnozy i konkretnej terapii – bez wielodniowego oczekiwania czy hospitalizacji. Oddziały jednodniowe, które realizują drobne zabiegi chirurgiczne, diagnostykę endoskopową, konsultacje specjalistyczne to przyszłość szpitalnictwa.

Co więcej, taki model może znacząco odciążyć szpitale wielospecjalistyczne, które dziś są przeciążone pacjentami wymagającymi relatywnie prostych świadczeń. Warunkiem sukcesu jest jednak odpowiednie finansowanie tych form leczenia. Niestety dziś wyceny procedur jednodniowych są często zaniżone, przez co szpitalom nie opłaca się ich rozwijać. Potrzebujemy zmiany logiki finansowania – z modelu „kosztowego” na model „efektywnościowy”, który premiuje jakość i krótki czas leczenia.

Zatrzymajmy się na chwilę przy finansowaniu. Obecnie wiele szpitali, które przekraczają za-kontraktowane limity, nie otrzymuje adekwatnej zapłaty za wykonane świadczenia. Jak Pan to ocenia?

To jest patologia, którą wszyscy znają, ale nikt jej nie rozwiązuje. Jeśli szpital – z inicjatywy dyrekcji i zaangażowania personelu – wykonuje więcej procedur niż przewiduje umowa z NFZ, to powinien być za to wynagradzany. Tymczasem mamy sytuację, w których za nadwykonania płaci się po roku, częściowo, albo wcale. To demotywuje personel, destabilizuje budżet szpitala i zniechęca do podejmowania inicjatyw.

Wyobraźmy sobie prywatną firmę, która realizuje więcej zleceń niż przewidywała umowa i... nie dostaje zapłaty. Nikt by tego nie zaakceptował. A my w ochronie zdrowia uznajemy to za normę. Przewidywalność finansowa to fundament jakiegokolwiek zarządzania. Dyrektorzy muszą wiedzieć, ile pieniędzy mają, na co mogą je przeznaczyć i jakie są konsekwencje podejmowanych decyzji. Obecnie system często karze ich za dobrą pracę, a nie nagradza.

Z jednej strony mówi się o ograniczeniach budżetowych, z drugiej – obserwujemy rosnące wydatki na zbrojenia. Czy uważa Pan, że kwestia finansowania ochrony zdrowia została zepchnięta na dalszy plan?

Tak, niestety. Nie jestem przeciwnikiem wydatków na obronność – żyjemy w bardzo trudnych czasach

i bezpieczeństwo państwa jest kluczowe. Ale bezpieczeństwo to także zdrowie obywateli. W czasie wojny czy kryzysu zdrowotnego to szpitale są pierwszą linią frontu. Jeśli nie mamy działających oddziałów ratunkowych, odpowiednio wyposażonych sal operacyjnych, zespołów anestezjologicznych – to nie obronimy społeczeństwa.

Inwestowanie w zdrowie to nie koszt, to inwestycja w odporność państwa – biologiczną, psychologiczną i społeczną. Dlatego postulujemy, by nie tylko zwiększać nakłady na ochronę zdrowia, ale też lepiej je planować. Dziś mamy sytuację, gdzie w jednym miejscu brakuje tomografu, a w innym urządzenie stoi nieużywane, bo nie ma personelu. To efekt braku koordynacji i dialogu między instytucjami.

Przejdźmy do kwestii kadrowych. Jednym z największych wyzwań są obecnie braki personelu medycznego – nie tylko lekarzy, ale też pielęgniarek, ratowników, techników. Jak Pan ocenia wpływ tej sytuacji na funkcjonowanie szpitali?

Kryzys kadrowy to największe zagrożenie dla systemu. Możemy mieć najlepszy budynek, najnowszy sprzęt, ale bez ludzi to nie zadziała. Dyrektorzy szpitali walczą dziś o każdą osobę, często dosłownie. Młodzi lekarze nie są już tak przywiązani do jednego miejsca pracy, jak kiedyś. Chcą elastyczności, dobrej organizacji, jasnych zasad. Jeśli tego nie mają, odchodzą.

Co więcej, wielu lekarzy pracuje równocześnie w kilku placówkach i fizycznie nie są w stanie być zaangażowani na sto procent w każdej z nich. Jaki jest tego efekt? Dyżury są obsadzone „na papierze”, a jakość opieki spada. Potrzebujemy systemowych zmian – większych zachęt do pracy w jednym miejscu, wsparcia dla zespołów, lepszego planowania kadr. I – co ważne – zaufania. Młody lekarz, który czuje, że jego opinia się liczy, że może się rozwijać i ma wpływ na to, co dzieje się w oddziale, zostaje. Jeśli widzi tylko biurokrację i brak perspektyw, odchodzi.

Jakie zmiany Pana zdaniem należałoby wprowadzić priorytetowo, by system ochrony zdrowia nie tylko przetrwał, ale faktycznie zaczął lepiej działać?

Po pierwsze, zintegrowana strategia zdrowotna. Nie reforma jednej ustawy, ale plan, który obejmuje POZ, AOS, szpitale, profilaktykę i edukację zdrowotną. Po drugie, racjonalizacja kadrowa – jasne ścieżki kariery, odpowiednie warunki pracy, ograniczenie zbędnej biurokracji. Po trzecie, transparentne finansowanie – uczciwe rozliczanie świadczeń, przewidywalność oraz premiowanie efektywności.

I przede wszystkim partnerstwo. System musi być budowany z udziałem lekarzy, dyrektorów, samorządów i pacjentów. Nie da się reformować ochrony zdrowia zza biurka w Warszawie. Trzeba słuchać ludzi, którzy pracują w systemie i znają jego realne potrzeby. ■

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



Zdrowie psychiczne dobrem publicznym

Co to oznacza dla procesu transformacji psychiatrycznych usług zdrowotnych?

Z punktu widzenia poprawy jakości świadczonych usług psychiatrycznych, ale też ich skuteczności i efektywności, kluczowe wydaje się być opracowanie koncepcji innowacyjnego modelu współpracy i efektywnego zarządzania interdyscyplinarnymi i międzysektorowymi zespołami koordynującymi działania podmiotów świadczących usługi zdrowotne, społeczne, edukacyjne czy kulturalne.

Wprowadzenie

W ostatnich latach zdrowie psychiczne pojawiło się bardzo wyraźnie w dyskursie publicznym i stało się jednym z najważniejszych priorytetów polityki zdrowotnej Unii Europejskiej i innych organizacji międzynarodowych. Zostało uznane za globalne dobro publiczne. Pogarszająca się kondycja psychiczna jednostek i całych społeczności stała się faktem, który potwierdzają bez wyjątku wszystkie kraje. Trudną sytuację w tym obszarze dodatkowo pogorszyła pandemia COVID-19. Wszystko to powoduje zdecydowane przyspieszenie i zintensyfikowanie działań na rzecz poprawy zdrowia psychicznego. Ale czy na pewno? Żeby leczenie miało sens i przyniosło efekt w postaci powrotu pacjenta do pracy, nauki czy pełnienia swoich ról społecznych, trzeba połączyć wiele elementów. Nie wystarczą leki, oddział szpitalny, lekarze, pielęgniarki. Ważna jest tzw. aktywizacja pacjenta, zadbanie o niego po wyjściu ze szpitala. Tymczasem my niejednokrotnie za kluczowe uznajemy procedury medyczne, które łatwo rozliczyć. To jest za mało, żeby osiągnąć efekt zdrowotny. Są to działania niewystarczające dla procesu zdrowienia, który ponad wszelką wątpliwość jest dłuższy niż hospitalizacja i wymaga wsparcia społecznego.

Skoro ekonomiczny punkt widzenia jest ważny i wzrost PKB jest kluczowy dla dobrobytu państwa i obywateli, może warto spojrzeć na wymiar ekonomiczny zdrowia psychicznego.

Globalne zdrowie psychiczne jako paradygmat zrównoważonego rozwoju

We wrześniu 2015 r. w Nowym Jorku na 70 Sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych z udziałem 193 przedstawicieli państw, szefów rządów i liderów społeczeństwa obywatelskiego, przyjęta została „Agenda na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030” [1], wskazano w niej 17 celów zrównoważonego rozwoju. Każdemu towarzyszy od kilku do kilkunastu zadań, od realizacji których zależy sukces w ich osiągnięciu.

Cele Zrównoważonego Rozwoju (*Sustainable Development Goals* – SDGs) to plan działania na rzecz przemian i przeobrażeń świata, w którym potrzeby obecnego pokolenia mogą być zaspokojone w sposób zrównoważony, z szacunkiem dla środowiska oraz uwzględnieniem potrzeb przyszłych pokoleń.

Wśród nich znalazł się cel (nr 3) mówiący o konieczności zapewnienia wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowego życia oraz promowaniu dobrobytu. Jedno z zadań powiązanych z jego realizacją – zadanie (3.4) – mówi o tym, że do 2030 r. należy obniżyć przedwczesną umieralność z powodu chorób niezakaźnych poprzez zapobieganie i leczenie oraz **promowanie zdrowia psychicznego i dobrostanu**.

Powszechnie znane jest zdanie: „nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego”, które nadal pozostaje ważne i nie traci na swej aktualności, jednak rozpoczyna się nowy etap, a wraz z nim pojawia się nowy slogan: „nie ma zrównoważonego rozwoju bez zdrowia psy-

chicznego”. To właśnie zrównoważony rozwój staje się celem dla wszystkich krajów i wszystkich polityk, a podkreślenie znaczenia zdrowia psychicznego – jako ważnego elementu gwarantującego sukces gospodarczy, społeczny i polityczny – jednoznacznie wskazuje, jak wielką wagę przywiązuje się do niego.

Agenda ONZ stawia zdrowie psychiczne w samym centrum zrównoważonego rozwoju we wszystkich krajach i społecznościach oraz dla wszystkich ludzi. Nadanie tak wysokiej rangi zdrowiu psychicznemu, dobrej kondycji psychicznej społeczeństw wymaga podjęcia pilnych i kompleksowych działań ze strony wszystkich interesariuszy na poziomie międzynarodowym, krajowym i wspólnotowym.

Oczywistym wydają się być zmiany wprowadzane w sektorze opieki zdrowotnej, ale jest to niewystarczające. Zmiany muszą nastąpić we wszystkich obszarach polityki społecznej, edukacji czy rynku pracy. Potrzebne są pilne działania w celu ochrony zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, a także zwiększenie zakresu usług, wczesnego wykrywania zaburzeń, leczenia i wspierania powrotu do zdrowia osób z zaburzeniami psychicznymi.

Jak zauważają autorzy raportu [2], pomimo znacznych postępów w badaniach pokazujących, co można zrobić, aby zapobiegać zaburzeniom psychicznym i jak je leczyć oraz promować zdrowie psychiczne, przełożenie ich na realne, zauważalne efekty jest bardzo powolne. Globalne obciążenie chorobami, które można przypisać zaburzeniom psychicznym, wzrosło we wszystkich krajach w związku z poważnymi zmianami zarówno demograficznymi, środowiskowymi jak i społeczno-politycznymi. Z analizy danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [3] wynika, że obciążenie ekonomiczne z powodu chorób psychicznych będzie wynosiło ok. 16 bln dolarów do 2030 r., tj. jedna trzecia wszystkich wydatków związanych z chorobami niezakaźnymi na świecie. W Polsce na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wynikające z zaburzeń psychicznych, ZUS przeznaczył ok. 8,3 mld złotych w 2023 r. (w 2017 r. było to ok 6 mld złotych). Obserwujemy stały wzrost wydatków ZUS w tym zakresie, liczba zwolnień lekarskich wzrosła w roku 2024 w stosunku do roku 2023 o 13,8%! Z ekonomicznego punktu widzenia nie sposób nie zauważyć alarmujących danych. Jakość usług w zakresie zdrowia psychicznego jest powszechnie gorsza niż jakość usług w zakresie zdrowia fizycznego i ta różnica jest widoczna we wszystkich krajach. **Autorzy raportu ONZ, słusznie zauważyli, że w kontekście dostępności i jakości opieki psychiatrycznej wszystkie kraje należy uznać za kraje rozwijające się.** Inwestycje rządowe i pomoc rozwojowa w zakresie zdrowia psychicznego ciągle pozostają zbyt małe. Wszystko to skutkuje olbrzymią utratą ludzkich zdolności, ludzkiego potencjału i możliwym do uniknięcia cierpieniem, którego doświadczają osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Komisja ds. zdrowia psychicznego przy ONZ dostrzega możliwości, jakie stwarzają cele zrównoważonego

**DR N. EKON.
IWONA MAZUR**

specjalista zdrowia publicznego,
wiceprezes Zarządu Głównego STOMOZ,
Uniwersytet WSB Merito we Wrocławiu

- rozwoju, aby poszerzyć globalną agendę zdrowia psychicznego, zaczynając od zmniejszenia luki w dostępie do usług zdrowotnych i leczeniu osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, a kończąc na poprawie zdrowia psychicznego całych populacji i zmniejszenia udziału zaburzeń psychicznych w globalnym obciążeniu chorobami. Te działania wspiera również uchwalony przez WHO Kompleksowy Plan Działania na rzecz Zdrowia Psychicznego (*Mental Health Action Plan 2013-2030*) [5], w którym uznaje się, że „Zdrowie psychiczne jest cenne, promowane i chronione. Zapobiega się zaburzeniom psychicznym, a osoby z tymi zaburzeniami mogą w pełni korzystać z praw człowieka i wysokiej jakości, odpowiedniej kulturowo opieki zdrowotnej i społecznej, aby promować powrót do zdrowia, osiągnąć najwyższy poziom zdrowia i udziału społeczności oraz pracować bez stygmatyzacji”.

Agenda Komisji ONZ ds. zdrowia psychicznego oparta jest na czterech fundamentach:

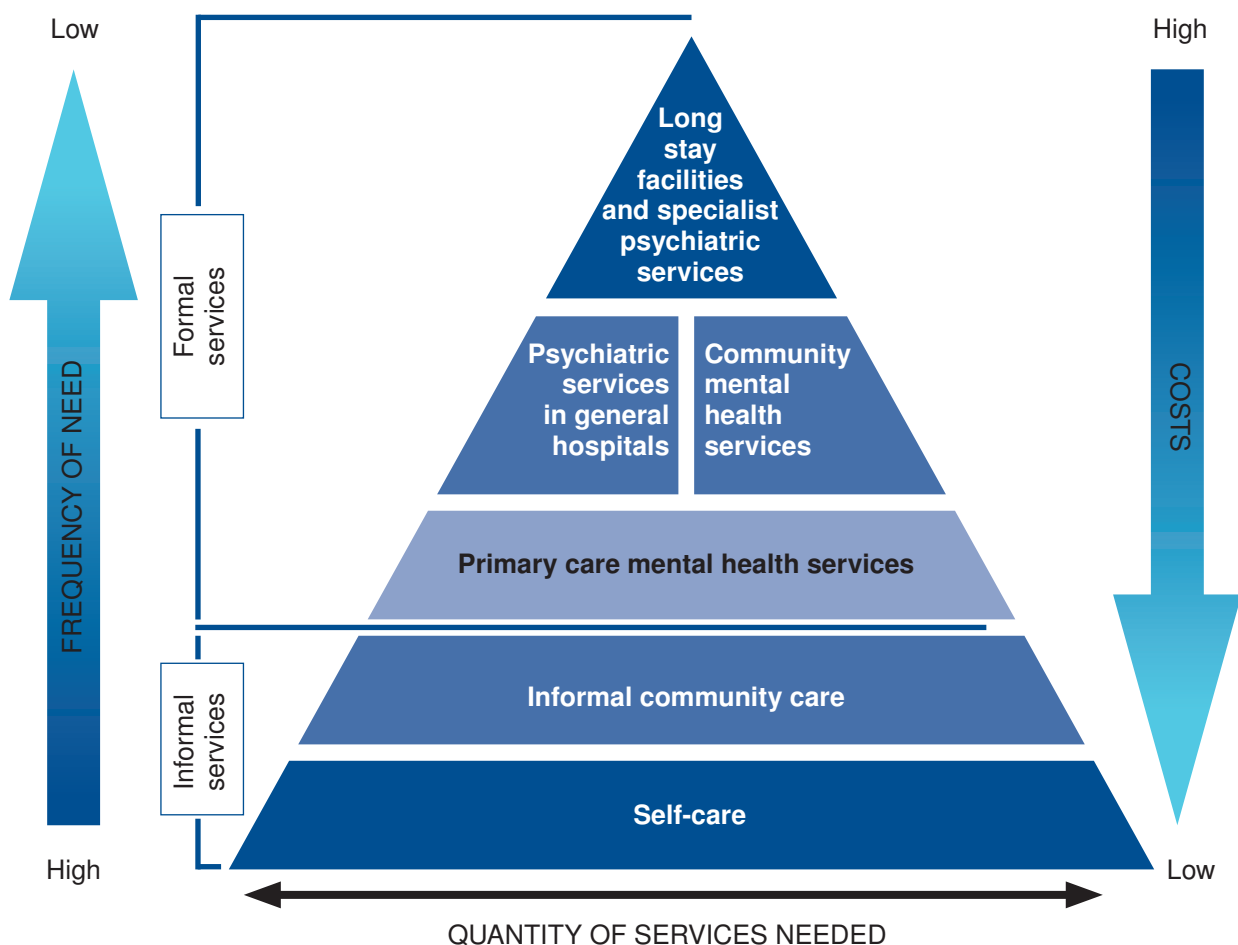
1. Zdrowie psychiczne jest globalnym dobrem publicznym i ma znaczenie dla zrównoważonego rozwoju we wszystkich krajach, niezależnie od ich statusu społeczno-ekonomicznego.
2. Problemy ze zdrowiem psychicznym występują w kontinuum od łagodnego, ograniczonego

w czasie cierpienia do stanów przewlekłych, postępujących i poważnie upośledzających. Podejście binarne do diagnozowania zaburzeń psychicznych, chociaż przydatne w praktyce klinicznej, nie odzwierciedla dokładnie różnorodności i złożoności potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego jednostek lub populacji.

3. Zdrowie psychiczne każdej osoby jest unikalnym produktem wpływów społecznych i środowiskowych, w szczególności we wczesnym okresie życia, wchodzących w interakcję z procesami genetycznymi, neurorozwojowymi i psychologicznymi oraz wpływających na biologiczne ścieżki w mózgu.

4. Zdrowie psychiczne jest podstawowym prawem człowieka i wymaga ochrony dobrobytu osób z zaburzeniami psychicznymi i zagrożonych słabym zdrowiem psychicznym, jak również stworzenia środowiska promującego zdrowie psychiczne dla wszystkich.

Przytoczone powyżej fragmenty dokumentu „The Lancet Commission on global mental health and sustainable development” jednoznacznie wskazują na uznanie rangi zdrowia psychicznego i kierunku dla jego rozwoju. Globalne zdrowie psychiczne staje się paradygmatem zrównoważonego rozwoju.



Ryc. 1. WHO Service Organization Pyramid for an Optimal MIX of Services for Mental Health. Źródło: The WHO MIND Project: Mental Improvement for Nations Development, Department of Mental health& Substance Abuse, WHO Geneva.

„Nic o nas bez nas”, czyli w kierunku rozwoju wsparcia rówieśniczego

To wyrażenie jest czymś znacznie więcej niż sloganem. Stawia oczekiwania i potrzeby osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi w centrum psychiatrycznej opieki zdrowotnej. To wezwanie do transformacji opieki psychiatrycznej w kierunku oddziaływań środowiskowych angażujących m.in. osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej jest jednym z działań wskazywanych przez WHO i inne organizacje międzynarodowe jako działanie zmierzające do budowania nowoczesnej psychiatrii i nowej jakości w opiece psychiatrycznej. Komisja Europejska przeznaczyła na ten cel dedykowane środki finansowe i m.in. w Polsce w ramach Programu Operacyjnego POWER powstały Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego, realizujące ideę deinstytucjonalizacji. Zaproponowane do realizacji projekty w ramach programu „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi przewidywały zatrudnienie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, po uprzednim ich przeszkoleniu.

Minister Zdrowia (MZ) w Polsce w rozporządzeniu z 2018 r. [6] dotyczącym pilotażowego programu w centrach zdrowia psychicznego wskazywał na możliwość zatrudniania osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w charakterze asystentów zdrowienia w nowo otwieranych centrach. Co ważne, w 2019 r. dokonano zmian w ww. rozporządzeniu i **wprowadzono obowiązek zatrudniania asystentów zdrowienia** w centrach. MZ, uzasadniając wprowadzenie zmiany, jako powód podało, że dotychczasowe sformułowanie nie wystarczało do rozwoju zatrudnienia asystentów zdrowienia w centrach zdrowia psychicznego, a powinno to być standardem, a nie wyjątkiem. W ramach toczącej się w kraju transformacji systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej warto o tym pamiętać i wprowadzić to jako rozwiązanie systemowe.

Warto zaważać o zatrudnianiu asystentów także w innych miejscach, gdzie świadczone są usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi, np. w środowiskowych domach samopomocy czy w ośrodkach specjalistycznych usług opiekuńczych. Oczywiście przykłady te nie wyczerpują miejsc, w których asystenci zdrowienia mogą znaleźć zatrudnienie. Już w 2005 r. WHO uznała za zasadne włączenie osób doświadczonych kryzysem psychicznym do pracy w sektorze usług medycznych, uznając, że ich aktywny udział podnosi jakość opieki. Ten trend nabiera coraz większego znaczenia. Jest to działanie ze wszech miar korzystne, również z ekonomicznego punktu widzenia! Osoby te pracują, zarabiają na swoje utrzymanie, opłacają składki ZUS, nie pobierają zasiłków, wspierają personel medyczny. Warto o tym pamiętać.

Istota zawodu asystenta zdrowienia zawiera się w stwierdzeniu, że „Asystent zdrowienia może osobie chorującej uświadomić, że życie absolutnie każde-

go człowieka ma sens, że tego sensu nigdy nie traci – że jest bezwarunkowy. Tym samym naprowadza osobę chorującą na drogę szukania czy osiągnięcia sukcesu w jej trudnym położeniu, czyli chorobie. Może doprowadzić do tego, że osoba chorująca w pełni urzeczywistni swój ludzki potencjał...” [7].

Oczywiście osoba po kryzysie nie zostaje asystentem zdrowienia dopóki nie dokona refleksji i nie skonfrontuje tego z innymi doświadczeniami; dopóki nie ukończy odpowiedniego szkolenia, które umożliwi jej wykorzystanie całego swojego potencjału w pracy z innymi osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Wsparcie asystenta zdrowienia to niezwykle cenne uzupełnienie terapii. Przynosi bardzo dobre efekty. Podkreśla się, że dla osoby w kryzysie ważne jest wsparcie kogoś, kto sam przeszedł kryzys i wyszedł z niego. Sprawdza się to na całym świecie.

Należy podkreślić, że oprócz przygotowania samych asystentów zdrowienia do pracy w wielodyscyplinarnych zespołach nie mniej ważne jest włączenie profesjonalistów (psychologów, psychiatrów, terapeutów) do pracy zespołach terapeutycznych. Niezbędne jest również podnoszenie poziomu wiedzy i świadomości wśród pracodawców, którzy w podmiotach leczniczych będą zatrudniać asystentów zdrowienia.

Transformacja usług opieki psychiatrycznej, czyli model piramidy WHO

WHO opracowała i rekomenduje wszystkim krajom i systemom psychiatrycznej opieki zdrowotnej „piramidę optymalnego połączenia usług” [8]. Podstawę piramidy stanowią najtańsze i najczęściej potrzebne usługi w zakresie zdrowia psychicznego (samoopieka i nieformalna opieka środowiskowa), a na jej szczycie znajdują się najdroższe usługi, których potrzebuje mniejszy odsetek osób chorych psychicznie (szpitale psychiatryczne, placówki długoterminowej opieki stacjonarnej). Aby rozwijać tę kombinację usług, WHO zaleca, aby kraje po pierwsze ograniczały liczbę szpitali psychiatrycznych, a usługi zdrowia psychicznego przenosiły do szpitali ogólnych, rozwijały środowiskowe usługi zdrowia psychicznego, integrowały je z podstawową opieką zdrowotną, budowały nieformalne społeczne usługi zdrowia psychicznego i wreszcie, żeby promowały samoopiekę. Włączenie usług opieki psychiatrycznej do podstawowej opieki zdrowotnej ma zapewnić bardziej holistyczne podejście do opieki zdrowotnej, zwiększyć szanse na wcześniejsze wykrywanie i leczenie zaburzeń psychicznych, zwiększyć łatwość dostępu do opieki psychiatrycznej i zmniejszyć piętno związane z szukaniem opieki psychiatrycznej. Aby zapewnić skuteczne i wysokiej jakości usługi w zakresie zdrowia psychicznego oraz integrację opieki w zakresie zdrowia psychicznego z usługami POZ, potrzebne są odpowiednie zasoby i specjalistyczna edukacja.

U podstawy piramidy znajdują się dwa nieformalne poziomy opieki i wsparcia oferowane osobom ►

► z zaburzeniami psychicznymi. Na pierwszym poziomie jest samoopieka, gdzie kluczowa jest świadomość i upodmiotowienie osoby. Większość ludzi dobrze radzi sobie z problemami zdrowia psychicznego samodzielnie lub przy wsparciu rodziny czy przyjaciół. Dbanie o siebie jest więc podstawą piramidy usług. Na jej skuteczność duży wpływ ma wsparcie, jakie oferuje osobom z zaburzeniami i ich rodzinom formalna opieka zdrowotna. To te organizacje są źródłem informacji, jak skutecznie radzić sobie ze stresem i dbać o higienę psychiczną. Dostarczają rzetelnej informacji o czynnikach wspierających utrzymanie dobrej kondycji psychicznej i o czynnikach ryzyka, które negatywnie na nią wpływają. Informują i uczą rodziny, jak wspierać osoby z zaburzeniami psychicznymi. Każdy kolejny poziom usług piramidy WHO powinien ułatwiać i rozwijać samoopiekę.

Na drugim poziomie opieki nieformalnej usługi wsparcia świadczy społeczność działająca zbiorowo albo indywidualnie. Mogą to być przyjaciele, rodzina, sąsiedzi, liderzy religijni, pracownicy socjalni czy wreszcie osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego itd.

Nieformalna opieka środowiskowa obejmuje usługi świadczone w społeczności, które nie są częścią formalnego systemu opieki zdrowotnej i społecznej. Przykłady obejmują specjalistów z innych sektorów, takich jak nauczyciele i policja, usługi świadczone przez organizacje pozarządowe, stowarzyszenia użytkowników i rodziny. Ten poziom opieki może pomóc w zapobieganiu nawrotom choroby wśród osób, które zostały wypisane ze szpitala. Usługi nieformalne są zwykle dostępne i akceptowalne, ponieważ stanowią integralną część społeczności. Należy jednak pamiętać, że psychiatryczna opieka zdrowotna nie powinna w żadnym kraju opierać się wyłącznie na nieformalnej opiece środowiskowej.

Kolejne poziomy piramidy to już formalne poziomy opieki. Pierwszym z nich jest psychiatryczna opieka zdrowotna realizowana w ramach POZ. Według WHO jest to optymalny poziom do zapewnienia opieki psychiatrycznej o stosunkowo niskich kosztach i integrujący zdrowie fizyczne i psychiczne. To – jak określa WHO – opieka dostępna, akceptowalna, trwała i wykonalna.

Opieka psychiatryczna świadczona w ramach POZ jest pierwszym poziomem opieki w ramach systemu formalnego. Podstawowe usługi na tym poziomie obejmują wczesne rozpoznanie, diagnozę i leczenie zaburzeń psychicznych, zarządzanie stabilnymi pacjentami psychiatrycznymi, poradnictwo w zakresie powszechnych zaburzeń psychicznych, w razie potrzeby kierowanie na inne poziomy oraz promocję zdrowia psychicznego i działania profilaktyczne. Szczególnie te ostatnie wspierają rozwój samoopieki.

Usługi na poziomie POZ są najbardziej dostępne, przystępne cenowo i akceptowalne dla społeczności. Tam, gdzie zdrowie psychiczne jest zintegrowane

w ramach tych usług, dostęp jest lepszy, zaburzenia psychiczne są częściej wykrywane i leczone, a współistniejące problemy ze zdrowiem fizycznym i psychicznym są rozwiązywane w sposób płynny.

Kolejny poziom piramidy (4) to poziom wyspecjalizowanych usług społecznych obejmujący opiekę środowiskową, dzienną, długoterminową nad przewlekłe chorymi czy wreszcie oferowanie pomocy w zakresie zatrudnienia, mieszkania itp. oraz wsparcie rodziny. Na tym poziomie ważna jest współpraca i koordynacja działań z POZ.

Tu również znajdują się środowiskowe usługi zdrowia psychicznego obejmujące ośrodki dzienne, usługi rehabilitacyjne, oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych, usługi w poradniach zdrowia psychicznego, mobilne zespoły kryzysowe, nadzorowane usługi terapeutyczne i stacjonarne, usługi domowe, pomoc rodzinom i inne usługi wsparcia. Oczywiście nie wszystkie środowiskowe ośrodki zdrowia psychicznego będą w stanie zapewnić całość tych usług. Pamiętać jednak należy, że połączenie niektórych z tych elementów opartych na potrzebach i wymaganiach jest niezbędne dla skutecznej opieki w zakresie zdrowia psychicznego. WHO podkreśla, że silne środowiskowe usługi w zakresie zdrowia psychicznego są niezbędną częścią każdego programu deinstytucjonalizacji, a także zapobiegają niepotrzebnej hospitalizacji. Zwraca się uwagę, że osoby otrzymujące dobrą opiekę środowiskową mają lepsze wyniki zdrowotne i psychiczne oraz lepszą jakość życia.

Równolegle na poziomie 4 piramidy znajdują się usługi świadczone na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach ogólnych. W przypadku poważniejszych (lub nawracających) problemów psychicznych, często krótki pobyt w szpitalu okazuje się konieczny. Takie rozwiązanie jest też korzystne dla pacjentów, ponieważ w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych lepiej zarządza się chorobami współistniejącymi, pacjenci mają dostęp do wielu specjalistów, co w szpitalach psychiatrycznych jest zdecydowanie trudniejsze. Zmniejsza również stygmatyzację w porównaniu do szpitali psychiatrycznych i może zwiększyć dostęp do psychiatrycznych usług zdrowotnych.

Szpital ogólny zapewniają dostępną i akceptowalną lokalizację dla całodobowej opieki medycznej i nadzoru nad osobami z ostrym pogorszeniem zaburzeń psychicznych w taki sam sposób, w jaki placówki te zarządzają ostrymi zaostrzeniami zdrowia fizycznego.

Ostatnim poziomem psychiatrycznej opieki zdrowotnej w piramidzie WHO jest wysokospecjalistyczna opieka psychiatryczna, której wymaga najmniejsza liczba osób, ale jest ona najbardziej kosztowna. Dla tej niewielkiej liczby osób z zaburzeniami psychicznymi wymagana jest specjalistyczna opieka wykraczająca poza tę, którą można zapewnić w szpitalach ogólnych. Na przykład osoby z objawami opornymi na leczenie lub złożonymi

zaburzeniami czasami muszą być kierowane do specjalistycznych ośrodków w celu przeprowadzenia dalszych badań i leczenia. Inni pacjenci wymagają stałej opieki w placówkach opiekuńczych ze względu na bardzo poważne zaburzenia psychiczne lub niepełnosprawność intelektualną oraz brak wsparcia ze strony rodziny. Psychiatria sądowa to kolejny rodzaj usług specjalistycznych, który należy do tej kategorii.

Konieczność skierowania do usług specjalistycznych i długoterminowych zmniejsza się, gdy szpitale ogólne zatrudniają wysoko wyspecjalizowanych pracowników ochrony zdrowia, takich jak psychiatry, psychologowie i psychoterapeuci.

Oczywiście należy mieć świadomość, że wdrożenie tego optymalnego modelu połączonych usług jest procesem wieloletnim i w różnych krajach jest realizowany z różną prędkością i skutecznością. Jest to jednak kierunek, w którym wszyscy powinniśmy zmierzać, reformując systemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Z punktu widzenia poprawy jakości świadczonych usług psychiatrycznych, ale też ich skuteczności i efektywności, kluczowe wydaje się być opracowanie koncepcji innowacyjnego modelu współpracy i efektywnego zarządzania interdyscyplinarnymi i międzysektorowymi zespołami koordynującymi działania podmiotów świadczących usługi zdrowotne, społeczne, edukacyjne czy kulturalne. Integracja społeczności lokalnej wokół działań na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin, zaproponowana kompletność usług zdrowotnych i pomocy społecznej oraz pozostałych sektorów przyczyni się do wzrostu poziomu wiedzy o zaburzeniach psychicznych i burzenia stereotypów dotyczących osób z zaburzeniami psychicznymi [9].

Podsumowanie

Zdrowie psychiczne zostało uznane za dobro publiczne i paradygmat zrównoważonego rozwoju. To jedna z najważniejszych zmian w myśleniu o nim. Pandemia COVID-19 uwypukliła problem pogarszającej się kondycji psychicznej jednostek i całych społeczeństw. Dobrostan stał się kluczowy również dla rozwoju gospodarczego. Wydaje się, że wszystko to jest oczywiste i przyspieszy zmiany w transformacji systemów opieki psychiatrycznej w stronę środowiskowego modelu opieki. Rzeczywistość jednak odbiega od naszych oczekiwań. Piramida optymalnych usług psychiatrycznych opracowana przez WHO jednoznacznie wskazuje, jaki sposób organizacji usług psychiatrycznych jest optymalny, jednak jak wszyscy widzimy proces transformacji nie jest ani łatwy, ani szybki. Determinacja i konsekwencja w dążeniu do lepszej, empatycznej opieki psychiatrycznej powinna przyświecać wszystkim naszym działaniom. Rekomendowane podejście do reorganizacji systemów opieki psychiatrycznej podkreśla konieczność zaspokojenia zróżnicowanych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym

ich wymagań społecznych, zawodowych i psychologicznych.

Przed nami długa i wyboista droga, ale nie tracmy nadziei. Ja dostrzegam światło w tunelu! ■

Piśmiennictwo

1. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ z dnia 25 września 2015 r. Przekształcamy nasz świat: Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju do roku 2030 A/RES/70/1.
2. *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*, „The Lancet”, 392, October 2018.
3. Bloom DE, Caferio ET, Jané-Llopis E, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum; (2011); www.weforum.org/EconomicsOfNCD.
4. Dane statystyczne ZUS: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2023 r. <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne>.
5. Mental Health Action Plan 2013-2020, WHO, www.who.int.
6. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego* (Dz. U. poz. 852 i 1786).
7. Kula L.: *O istocie zawodu asystenta zdrowienia*, „Dla nas”, 48, marzec 2021, s. 4-5, Wydawca Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”.
8. World Health Organization. *The optimal mix of services for mental health*, „Mental Health Policy, Planning & Service Development”. https://communitykeepers.org/wp-content/uploads/2021/04/2_Optimal-Mix-of-Services_Infosheet.pdf
9. Mazur I.: *Wyzwania organizacyjne dla systemu opieki psychiatrycznej w Polsce – wybrane aspekty* W: „Zdrowie psychiczne. Organizacja – zarządzanie – standardy”. Red naukowa I. Mazur, P. Karniej, J. Jończyk. Wydawnictwo CEDu Sp.zoo. Wrocław, 2015; s. 24-30.
10. Charles A, Nixdorf R, Ibrahim N, et al. *Initial Training for Mental Health Peer Support Workers: Systematized Review and International Delphi Consultation*. „JMIR Ment Health”, 2021; 8 (5): e25528; <https://doi.org/10.2196/25528>.
11. Health Service Executive (2017). The National Framework for Recovery in Mental Health. HSE: Mental Health Division. Dublin, s. 11; <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/advancingrecoveryireland/national-framework-for-recovery-in-mental-health/>.
12. Hendry P, Hill T, Rosenthal H. (2014) Peer Services Toolkit: A Guide to Advancing and Implementing Peer-run Behavioral Health Services. ACM-HA: The College for Behavioral Health Leadership and Optum; https://www.mhanational.org/sites/default/files/Peer_Services_Toolkit%204-2015.pdf.

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.

Zapisz 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**

35^{lat}
**DGP**
Dozorbud Grupa Polska

Zaufanie w cieniu podwyżek

Jak menedżer szpitala może utrzymać autorytet w oczach personelu medycznego

W dojrzałych organizacjach zaufanie nie jest postrzegane jako „miękki” aspekt etosu pracy wynikający z kultury organizacji czy identyfikacji pracownika z organizacją, lecz jako strategiczny zasób wpływający na efektywność, rotację kadr, gotowość do zmian oraz jakość podejmowanych działań.

PIOTR KARNIEJ

dr n. ekon. w naukach
o zarządzaniu, specjalista
zdrowia publicznego,
menedżer opieki
zdrowotnej. Członek
Zarządu Oddziału
Dolnośląskiego STOMOZ

Kiedy zaufanie słabnie – skutki konfliktów płacowych w szpitalu

Zaufanie jest walutą, która nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji niepewności albo konfliktu. Wprowadzenie ustawy regulującej minimalne wynagrodzenia w ochronie zdrowia choć miało na celu poprawę sytuacji pracowników w wielu placówkach wywołało efekt odwrotny. W praktyce, ograniczone środki, niejednoznaczne interpretacje przepisów i brak jasnych mechanizmów podziału środków finansowych pomiędzy pracowników kontraktowych i etatowych spowodowały, że zamiast poprawy nastrojów pojawiły się napięcia i poczucie niesprawiedliwości. Szczególnie w grupie zawodowej pielęgniarek, w której mamy do czynienia z dużym rozwarstwieniem kompetencyjnym, wynikającym z różnego wykształcenia. W szpitalach zaobserwowano falę frustracji, oskarżeń o faworyzowanie wybranych grup zawodowych oraz otwartych konfliktów między personelem a dyrekcją. Menedżerowie szpitali – często bez winy – stali się twarzami systemowego chaosu. W takiej atmosferze każde opóźnienie w wypłacie czy niejasna decyzja kadrowa mogą skutkować utratą autorytetu, którego odbudowa może wymagać tygodni, jeśli nie miesięcy pracy relacyjnej pomiędzy dyrektorem, a jego pracownikami.

W publicznym dyskursie niestety zapomina się o tym, że konflikt wynikający z wdrożenia ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników ochrony zdrowia wynika tak naprawdę z decyzji politycznej, a nie menedżerskiej. Dużą rolę odgrywa w nim chęć przypodobania się polityków określonym grupom społecznym, a nie optymalizacja systemu zarządzania ograniczonymi przecież środkami finansowymi w opiece zdrowotnej. Z punktu widzenia efektywności zarządzania jest jasne, że decyzje o podwyższaniu wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia powinny być podejmowane w oparciu o zasoby, możliwości realizacji świadczeń, dostępność kadry udzielającej usług medycznych, a także inne uwarunkowania, które wynikają bezpośrednio z możliwości finansowania, które posiada szpital. Tymczasem ustawodawca wszedł w rolę pracodawcy i skonstruował przepis – jak twierdzi wielu ekspertów – niezgodny z kodeksem pracy, ustawą zasadniczą, regułą równości płac na tym samym stanowisku pracy, a przede wszystkim silnie konfliktogenny w sektorze opieki zdrowotnej. Największym problemem wówczas, skutkującym również dzisiaj, był i jest brak środków finansowych, który byłyby dedykowane na te podwyżki.

Co niszczy zaufanie menedżera?

W warunkach dużego napięcia zaufanie staje się szczególnie wrażliwe na błędy komunikacyjne i niedopowiedzenia. Pracownicy oczekują od menedżera jasnych, szybkich i spójnych decyzji. Tymczasem to, co często niszczy zaufanie do dyrekcji, to nie same

trudne decyzje – na przykład o nierównomiernym podziale podwyżek, ale sposób ich ogłaszania i uzasadniania. Szczególnie groźne są sytuacje, gdy menedżer znika z pola widzenia, unika rozmów z personelem, ogranicza się do lakonicznych komunikatów lub deleguje trudne decyzje do działu kadr bądź swoich zastępców. Równie groźne jest stosowanie uznaniowości bez transparentnych kryteriów, jeśli członkowie zespołu nie wiedzą na jakiej podstawie przyznano komuś wyższą stawkę. Uruchamia się wówczas spirala podejrzliwości. W efekcie menedżer z dnia na dzień przestaje być postrzegany jako lider, a staje się przeciwnikiem, którego działania trzeba kontrolować, omijać, a przede wszystkim krytykować.

Jak uczy doświadczenie szpitali w Polsce, wielu dyrektorów podjęło decyzję o niepodwyższaniu wynagrodzeń w oparciu o regulacje ustawowe, literalnym traktowaniu kategorii „kwalifikacji wymaganych na stanowisku pracy”, definiowaniu oczekiwań od zatrudnionego personelu na poziomie najniższych kompetencji. Tymczasem takie działanie w wielu przypadkach już rozstrzygniętych spraw sądowych zostało ocenione przez wymiar sprawiedliwości na korzyść sądzących pielęgniarek i położnych, tym silniej podważając już i tak słabą pozycję negocjacyjną menedżerów. Wyroki sądów nie pozostawiają wątpliwości, że siła argumentów środowiska pielęgniarskiego przewyższa kontrargumenty menedżerów, w tym te dotyczące braku środków na podwyżki. W jednym z wyroków sąd stwierdził nawet, że brak dodatkowego finansowania podwyżek nie może być problemem pracownika, ale wyłącznie pracodawcy i – ewentualnie – jego podmiotu tworzącego. Szkoda tylko, że nieznane są przypadki, w których samorząd lokalny będący właścicielem szpitala podzielałby to stanowisko i zapewniłby menedżerom bezpieczne finansowanie obowiązku ustawowego.

Bez wątpienia takie sytuacje nie tylko obniżają morale całego zespołu, działają destrukcyjnie na relacje interpersonalne i intergrupowe w podmiotach leczniczych, ale doprowadzają do tego, że dyrektor zaczyna być traktowany jak wróg, przeciwnik w starciu w słusznej społecznie sprawie.

Jak budować zaufanie personelu do dyrektora szpitala?

Odbudowa zaufania w sytuacji kryzysu płacowego to proces wymagający czasu, konsekwencji i aktywnego zaangażowania. Kluczowym krokiem jest przywrócenie poczucia sprawczości personelu poprzez realne włączenie go (lub jego przedstawicieli) w procesy decyzyjne, np. poprzez zespoły doradcze, komisje ds. regulaminów wynagrodzeń czy cykliczne konsultacje związkowe. Ważna jest tu komunikacja – nie tylko jej formalny przekaz, ale obecność fizyczna menedżera w jednostkach organizacyjnych szpitala, rozmowy „twarzą w twarz”, udział w odprawach. Spotkania z zespołami pokazują, że dyrektor nie jest anonimowym decydentem, ►

ale liderem, który dzieli odpowiedzialność. Co ważne, dyrektor powinien w tym przypadku podzielać argumenty swoich pracowników (bo przecież to nie on wymyślił złe przepisy, nieadekwatne finansowanie), ale równocześnie prezentować jasne i klarowne realia dotyczące finansowania szpitala, tak aby pracownicy odpowiedzialnie mogli uczestniczyć w podziale tych środków finansowych, które Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia co miesiąc. Nie jest niczym nadzwyczajnym – szczególnie w sytuacji kryzysowej – „podzielenie się” przez dyrektora kompetencjami w zakresie podziału wynagrodzeń z przedstawicielami organizacji związkowych, zastosowanie reguł partycypacji pracowniczej (*udział pracowników w podejmowaniu decyzji dotyczących funkcjonowania organizacji. W modelu partycypacji pracowniczej pracownicy nie tylko uczestniczą w podejmowaniu decyzji, ale także współdzielą odpowiedzialność za ich realizację i skutki*). Równie istotna jest zdolność do przyznania się do ograniczeń i niedoskonałości samego systemu. Bardzo często w przestrzeni publicznej pojawia się niezrozumienie zasad finansowania wynagrodzeń w ochronie zdrowia, błędne czy wręcz szkodliwe antagonizowanie lekarzy wobec pielęgniarek (i wzajemnie), posługiwanie się półsłówkami czy półprawdami. Niestety zjawisko braku kompetencji w tym zakresie nie dotyczy tylko społeczeństwa, które z oczywistych względów nie zna się na zarządzaniu ochroną zdrowia, ale obserwowane jest także (niestety) w radach powiatów, sejmikach wojewódzkich, w zarządach województw. Czyli wszędzie tam, gdzie w sposób szczególnie menedżer powinien mieć liczyć na fachowe i merytoryczne wsparcie dla swoich działań.

Personel znacznie łatwiej zaakceptuje niepopularne decyzje menedżera, jeśli towarzyszy im szczerłość i szacunek dla emocji całego zespołu. Trzeba sobie jasno zdać sprawę z faktu, że zarządzanie wynagrodzeniami w szpitalu to balansowanie na bardzo cienkiej i niezwykle chybotałej linii, z której bardzo łatwo można spaść wskutek złej decyzji.

Zaufanie jako inwestycja strategiczna

W dojrzałych organizacjach (szczególnie korporacjach, które w wielu obszarach mogą i powinny być wzorem jakości zarządzania) zaufanie nie jest postrzegane jako „miękki” aspekt etosu pracy, wynikający z kultury organizacji czy identyfikacji pracownika z organizacją (tzw. *corporate identity*), lecz jako strategiczny zasób wpływający na efektywność, rotację kadr, gotowość do zmian oraz jakość podejmowanych działań. Zespół, który ufa zarządzającym rzadziej eskaluje konflikty, wykazuje większe zaangażowanie i chętniej współpracuje nawet w trudnych warunkach. Co więcej, wysoki poziom zaufania wewnętrznego ma efekt rozchodzący się na zewnątrz. Pacjenci lepiej oceniają szpitale, w których personel reprezentuje spójną, pozytywną postawę. Zaufanie

nie może być jednak zbudowane na deklaracjach, potrzebuje konkretnych działań, takich jak sprawiedliwe traktowanie, bezwzględne przeciwdziałanie mobbingowi, dostępność przełożonych, przewidywalność decyzji i możliwość wyrażenia sprzeciwu bez obawy o konsekwencje. Zarządzający muszą również monitorować poziom zaufania, na przykład poprzez cykliczne badania satysfakcji pracowników, analizy rotacji lub jakości komunikacji wewnętrznej.

Niestety w tym kontekście zarządzanie strategiczne polskimi szpitalami pozostawia od wielu lat bardzo wiele do życzenia. Często zdarza się, że menedżerowie powoływani są na swoje stanowiska w oparciu o uwarunkowania polityczne, bez doświadczenia zarządczego, bez odpowiednich kompetencji związanych właśnie z zarządzaniem strategicznym. Znacznie łatwiej menadżerowi jest podejmować decyzje o charakterze operacyjnym czy taktycznym, takie których skutki odczuwane będą natychmiast. Ponieważ te decyzje są szybko widoczne, dostrzegane przez polityków samorządowych, otoczenie instytucjonalne. Taki styl zarządzania jest mało podatny na błędy zarządzania intuicyjnego, co wykorzystują ci, którzy zostali powołani na swoje stanowiska pozamerytorycznie. Nie podejmują oni niezbędnych działań długoterminowych, takich które skutkowałyby za jakiś czas (prawdopodobnie już nie za swojej kadencji), nie wiedzą o potrzebie ich zastosowania, nie znają specyfiki rynku ochrony zdrowia, nie potrafią odnaleźć się w negocjacjach z argumentami lekarzy czy pielęgniarek. Takie zarządzanie jest obecne niestety w polskiej przestrzeni ochrony zdrowia i staje się jedną z ważnych przyczyn spadku zaufania dla decyzji menedżerów szpitali.



Personel znacznie łatwiej zaakceptuje niepopularne decyzje menedżera, jeśli towarzyszy im szczerłość i szacunek dla emocji całego zespołu

No ale co z tymi podwyżkami?

Bardzo często powtarzanym argumentem przez dyrektorów szpitali jest to, że na podwyżki nie ma po prostu środków finansowych. Narodowy Fundusz Zdrowia w kontraktach przewiduje co prawda podwyższanie wyceny usług medycznych, które z założenia mają trafiać na podwyżki pracowników, ale decydenci z Ministerstwa Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz NFZ nie dostrzegają równocześnie tego, że w tym samym czasie wzrastają koszty utrzymania infrastruktury szpitalnej, leków, wykorzystywanych zasobów materialnych. W ogóle nie bierze się pod uwagę tak ważnej pozycji w rachunku kosztów szpitala, jaką są koszty utrzymania ►

- ▶ nia infrastruktury informatycznej – w ostatnim czasie pozycja wysoka i ciągle rosnąca przy braku źródeł finansowania innych niż usługi kontraktowe.

Budżet szpitala oczywiście może być i jest podzielony na wiele grup kosztów, w tym oczywiście na wynagrodzenia, ale nie można zakładać, że z poziomu Ministerstwa Zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia uda się tak podzielić dodatkowe pieniądze, że będą one wystarczające na podwyżki wynagrodzeń. Doświadczenie wielu szpitali powiatowych dowodzi, że właśnie nie wystarcza. Ministerstwo Zdrowia ustami pani minister zadeklarowało, że szpitale powiatowe mogą liczyć na specjalne traktowanie i dodatkowe nakłady, ale w tym samym zdaniu można było usłyszeć – ale za dodatkowe usługi. Czy to faktycznie jest satysfakcjonujące rozwiązanie? Możesz liczyć na zwiększone wynagrodzenie, ale za dodatkową pracę?

W historii minionych lat znamy już takie przypadki, gdy wynagrodzenia dodatkowe dla pracowników szpitali finansowane były na PESEL (ustawa podwyżkowa wprowadzona za kadencji ministra zdrowia Zbigniewa Religi w roku 2006), to znaczy indywidualnie dla każdego zatrudnionego pracownika. Ale i w tym czasie znaczna krytyka pochodziła ze szpitali powiatowych, które zgłaszały niedostateczne środki i które same musiały „dopinać” własne budżety. Rozwiązanie to po pierwsze okazało się bardzo kosztowne w zakresie obsługi wynagrodzeń, ich rozliczania, było nieefektywne, bo nie wpłynęło na znaczące zadowolenie z podwyżek, a ponad wszystko było kwestionowane co do legalności (NFZ zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej może wydawać środki tylko na realizację świadczeń zdrowotnych, a nie może być pracodawcą konkretnego pracownika szpitala). Z tych przyczyn rozwiązanie z roku 2006 nie zostało już więcej powtórzone, skorzystano z mechanizmu podwyższania wyceny, jednak w praktyce to i tak nie jest rozwiązanie optymalne.

Reasumując, pieniędzy w systemie będzie brakowało, a jedyną możliwością z jakiej może skorzystać menedżer, aby nie utracić zaufania pracowników, a przy tym nie brać na swoje barki całego zła tego (finansowego) świata, jest współpraca i współdziałanie środowiskowe.

Rekomendacje dla menedżerów szpitali

Warto sformułować kilka rozwiązań, które menedżer może podjąć w szpitalu, aby wzmocnić lub odbudować zaufanie zespołu. Działania te z pewnością nie będą wpływały na poprawę sytuacji finansowej podmiotu, ale być może pozwolą dyrektorowi włączyć pracowników w trudne procesy partycypacji pracowniczej.

1. Wprowadź regularną, przewidywalną komunikację wewnętrzną – np. tygodniowe biuletyny, odprawy oddziałowe z udziałem dykcji, Q&A online, zapoznaj się z istniejącą płynnością przekazu pomiędzy

działami administracji i środowiskiem medycznym. Nie trzymaj wszystkich informacji „przy orderach”, nie traktuj pracowników jak siłę roboczą. Zdaj sobie sprawę, że zarządzasz „personalem wiedzy”, który może mieć wątpliwości, pytania, zastrzeżenia, którego opinie na temat funkcjonowania organizacji muszą być dla ciebie ważne. Nie jesteś najmądrzejszy(a) w szpitalu.

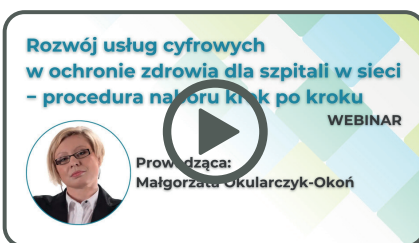
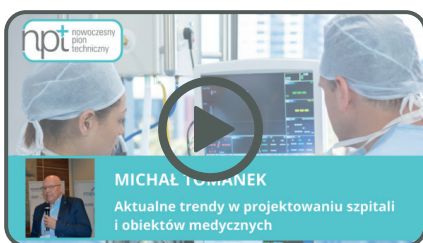
2. Stwórz ramy transparentnych decyzji płacowych – nawet jeśli regulacje są narzucone z góry, pokaż algorytm i uzasadnienie. Zaproponuj rozwiązania alternatywne, uzależnione od wielkości pozyskanych środków zewnętrznych, uczyni odpowiedzialnymi za przygotowanie tych schematów członków związków zawodowych, zapewnij przedstawicielstwo w tych decyzjach różnych grup i środowisk pracowników oraz osób związanych ze szpitalem kontraktami. Komunikuj pracownikom, że planowane rozwiązania są dziełem zespołowym. Wspólnie z innymi interweniuj, gdzie możesz, publicznie wyrażaj swoje obawy lub krytykę (jeśli jest uzasadniona).
3. Zadbaj o obecność liderów zarządzających na „pierwszej linii” – odwiedzaj oddziały, rozmawiaj z personelem, pytaj o opinie. Zagwarantuj sobie poparcie nie tylko formalnych przełożonych jednostek (ordynatorów, kierowników, pielęgniarek oddziałowych, szefów zespołów), ale zadbaj o liderów nieformalnych, autorytety środowiskowe, osoby cenione przez pracowników, ale nie pełniące żadnych ról decyzyjnych.
4. Zaproś reprezentantów personelu do zespołów doradczych – np. komisje opiniujące plany zmian organizacyjnych, traktuj głos pracowników jako ważny, a nie jak formalność. Jeśli pracownicy zauważą ignorowanie ich pomysłów, natychmiast zwołują prace zespołów i zakomunikują pracownikom, że twoje intencje nie były czyste.
5. Reaguj na nieprawdziwe informacje i plotki z szacunkiem, ale stanowczo – zaufanie to także kontrola narracji wewnętrznej. Zadbaj o profesjonalny przekaz zarówno wewnętrzny jak i zewnętrzny. Nie pozostawiaj przypadkowi tego, w jaki sposób środowisko mówi o sprawach trudnych. Jeśli twój podmiot tworzący, rada powiatu, sejmik województwa nie rozumieją istniejących zjawisk miej odwagę przedstawić argumenty merytoryczne.

Podsumowanie

Zaufanie w ochronie zdrowia to nie jest abstrakcja, lecz realna podstawa efektywnego zarządzania zespołem, zwłaszcza w czasach kryzysów i konfliktów. Dyrektor szpitala nie zawsze ma wpływ na wysokość środków czy zmiany legislacyjne, ale zawsze ma wpływ na to, jak zakomunikuje decyzję i jak poprowadzi zespół przez trudny czas. Przejrzystość, empatia i konsekwencja w działaniu mogą sprawić, że nawet w sytuacji sporów płacowych, zespół nadal będzie widział w dykcji partnera, a nie przeciwnika ■



**186 WIDEOSZKOLEŃ REALIZOWANYCH
PRZEZ EKSPERTÓW**



**685 ARTYKUŁÓW MERYTORYCZNYCH
W STREFIE WIEDZY**



**KOMPLEKSOWA WIEDZA W CZTERECH
SPECJALISTYCZNYCH E-BOOKACH**



Matoset

dedykowane zestawy medyczne

