

2026

SGH

Think Tank
dla ochrony zdrowia



7 WYZWAŃ i 7 ROZWIĄZAŃ

ELASTYCZNE ZARZĄDZANIE W PUBLICZNYCH
PODMIOTACH LECZNICZYCH

AUTORZY

Katarzyna van der Weijde

Dorota Szelaąg

Jolanta Kluk

dr hab. Tomasz Rostkowski, prof. SGH

dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. SGH

REDAKCJA I SKŁAD

Monika Owczarek

doi: 10.33119/978-83-972435-9-0

PARTNERZY THINK TANKU:



GE HealthCare



WSPÓŁPRACA PRZY RAPORCIE:



STOMOZ
STOWARZYSZENIE MENEDŻERÓW
OPIEKI ZDROWOTNEJ

SPIS TREŚCI

HASŁA PRZEWODNIE RAPORTU	2
TOP 10 DZIAŁAŃ MENEDŻERSKICH	3
CEL RAPORTU	4
WPROWADZENIE	5
▮ <i>PRESJA FINANSOWA</i>	5
▮ <i>WYZWANIA DEMOGRAFICZNE</i>	6
▮ <i>REFORMA OCHRONY ZDROWIA</i>	7
▮ <i>ROLA ELASTYCZNOŚCI W ZARZĄDZANIU</i>	7
◆ METODYKA BADANIA	9
▮ <i>CHARAKTERYSTYKA BADANIA</i>	9
▮ <i>ZASTOSOWANE METODY STATYSTYCZNE</i>	10
▮ <i>WYNIKI ANALIZY STATYSTYCZNEJ</i>	11
▮ <i>WNIOSKI Z ANALIZY STATYSTYCZNEJ</i>	12
◆ 7 GŁÓWNYCH WYZWAŃ ZIDENTYFIKOWANYCH W BADANIU	13
◆ 7 REKOMENDACJI (ROZWIĄZAŃ) NA ZIDENTYFIKOWANE WYZWANIA	28
◆ BENCHMARKING I DOBRE PRAKTYKI	43
◆ WNIOSKI I DALSZE KROKI	47
STRESZCZENIE ZARZĄDCZE (EXECUTIVE SUMMARY)	49

HASŁA PRZEWODNIE RAPORTU

- 1 > SZPITAL ELASTYCZNY TO SZPITAL ODPORNY
- 2 > NIE TYLKO PACJENT –
MENEDŻER TEŻ POTRZEBUJE WSPARCIA SYSTEMU
- 3 > EFEKTYWNOŚĆ, JAKOŚĆ, SATYSFAKCJA, MOTYWACJA
- 4 > ADMINISTRACJA TO KRĘGOSŁUP SZPITALA –
ZADBAJ O JEJ SIŁĘ
- 5 > DANE TO NARZĘDZIE, NIE OBOWIĄZEK –
WYKORZYSTAJ JE W CODZIENNYM ZARZĄDZANIU
- 6 > NIE MA CYFRYZACJI BEZ KOMPETENCJI –
SZKOLENIA TO INWESTYCJA
- 7 > WDROŻENIE TO PROCES, NIE PROJEKT –
ZADBAJ O ADAPTACJĘ I WSPARCIE
- 8 > KAŻDY PROCES MA WŁAŚCICIELA –
WYZNACZ GO I USPRAWNIJ DZIAŁANIE
- 9 > ZMIENIAJ SYSTEM ZACZYNAJĄC OD SIEBIE –
LIDERZY TWORZĄ KULTURĘ ORGANIZACYJNĄ
- 10 > SZPITAL, KTÓRY UCZY SIĘ NA BŁĘDACH,
TO SZPITAL, KTÓRY SIĘ ROZWIJA

TOP 10 DZIAŁAŃ MENEDŻERSKICH

- 1** > Wprowadzenie systemu ocen okresowych i ścieżek awansu dla pracowników administracji - zwiększa motywację pracowników i efektywność pracy, poprawia wskaźnik retencji pracowników.
- 2** > Tworzenie scenariuszy budżetowych i rezerw na wzrost funduszu płac - umożliwia strategiczne planowanie wynagrodzeń i zmniejsza ryzyko zadłużenia oraz ułatwia motywowanie pracowników.
- 3** > Wdrożenie mentoringu i planu onboardingu dla nowych pracowników - zmniejsza rotację, poprawia adaptację i integrację w zespołach.
- 4** > Powołanie liderów ds. jakości w działach + dashboardy dla kierowników - włącza jakość w codzienne zarządzanie i zwiększa odpowiedzialność liniową.
- 5** > Szkolenia z kompetencji cyfrowych (MS365, EDM, cyberbezpieczeństwa) - wzmacniają samodzielność, zmniejszają opór wobec nowych technologii.
- 6** > Mapowanie procesów administracyjnych w BPMN + katalog procedur - poprawia przejrzystość, skraca czas realizacji spraw, wspiera kontrolę wewnętrzną.
- 7** > Przygotowanie wzorcowych workflow i checklist wdrożeniowych dla procesów - redukuje koszty i błędy przy wdrożeniach, wspiera jednolite standardy.
- 8** > Włączenie administracji w spotkania zarządcze i audyty - wzmacnia integrację, motywację i rozumienie celów organizacyjnych.
- 9** > Szkolenia z zarządzania projektami (Lean, Agile, Prince2) - pozwalają efektywniej wdrażać zmiany, reorganizacje, akredytacje.
- 10** > Cykliczny przegląd procedur i obowiązkowa ich aktualizacja co rok - zapewnia zgodność z przepisami, ogranicza ryzyko prawne i organizacyjne.

CEL RAPORTU

Celem raportu jest wskazanie najważniejszych wyzwań w zarządzaniu publicznymi podmiotami leczniczymi w Polsce. Opracowanie zawiera praktyczne rekomendacje możliwe do szybkiego wdrożenia. Powstał on na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród kadry zarządzającej najwyższego szczebla w ponad 100 placówkach (szpitalach) w całym kraju.

Raport koncentruje się na problemach organizacyjnych, zarządczych i systemowych. Obszary które – zdaniem menedżerów ochrony zdrowia – wymagają pilnej poprawy lub optymalizacji. Analiza odpowiedzi pozwoliła wyłonić siedem kluczowych wyzwań, które najczęściej powtarzały się w badaniu i mają największy wpływ na efektywność, jakość i stabilność funkcjonowania publicznych podmiotów.

Dodatkowym celem raportu jest:

-  uporządkowanie głosów praktyków i pokazanie ich w formie zbiorczej, opartej na rzetelnych badaniach naukowych,
-  pokazanie skali zjawisk nie poprzez pojedyncze historie, ale dzięki danym ilościowym i porównaniom między regionami, poziomami referencyjności i typami jednostek,
-  wypracowanie katalogu rekomendacji, które mogą stanowić punkt wyjścia do dalszej debaty publicznej oraz działań legislacyjnych lub organizacyjnych i w konsekwencji do skokowej poprawy sprawności działania systemu ochrony zdrowia w Polsce,
-  stworzenie przestrzeni do refleksji dla decydentów, instytucji nadzorczych oraz samych menedżerów, w których rękach znajduje się realna możliwość wprowadzania zmian i ułatwiania ich wdrażania w organizacji. Jest to tym bardziej istotne, że potencjał intelektualny pracowników ochrony zdrowia jest bardzo daleki od pełnego wykorzystania w zakresie organizacji i zarządzania.

Nie przedstawiamy jedyne rozwiązanie. Naszym celem jest dostarczenie dobrze udokumentowanego materiału analitycznego, który może posłużyć jako baza do dalszych projektów wdrożeniowych, legislacyjnych lub badawczych.

WPROWADZENIE

System ochrony zdrowia w Polsce od lat funkcjonuje pod rosnącą presją – finansową, organizacyjną i społeczną. Publiczne podmioty mierzą się z coraz wyższymi kosztami, brakami kadrowymi, rosnącymi oczekiwaniami pacjentów i nowymi wymaganiami prawnymi.

Dodatkowo na te trudności nakładają się zmiany demograficzne oraz nieustanna reforma systemu, której główne kierunki to m.in. centralizacja danych, cyfryzacja procesów, nowe modele wynagradzania i większe znaczenie jakości.



Podmioty lecznicze pod presją z każdej strony

Zmiana jest stałym elementem systemu ochrony zdrowia

PRESJA FINANSOWA

Z badania ankietowego wynika, że dla wielu podmiotów najistotniejszym wyzwaniem są finanse. Menedżerowie podkreślali trudności z kolejnymi podwyżkami płac, które często nie znajdują pełnego pokrycia w środkach przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W praktyce oznacza to konieczność przesuwania środków np. z inwestycji, rezygnację z projektów rozwojowych, a nawet ograniczanie działalności medycznej. W tym miejscu warto wskazać, że centralne zarządzanie płacami jest trudne do efektywnego wdrożenia w każdych warunkach. Nie uwzględnia bowiem zróżnicowania podmiotów ochrony zdrowia, a tym bardziej różnorodności wielu setek tysięcy pracowników.



Podwyżki bez finansowania stają się kosztem dla podmiotu leczniczego

Finanse pozostają kluczowym wyzwaniem zarządzających

Tylko 26 % badanych wskazało, że ma wdrożony rachunek kosztów. Brak narzędzi i wiarygodnych danych finansowych utrudnia podejmowanie racjonalnych decyzji zarządczych.

Oslabia to możliwości planowania oraz szybkiego reagowania na zmieniające się warunki ekonomiczne, a także ogranicza potencjał negocjacyjny wobec kluczowych interesariuszy. Brak takich danych naraża kadrę zarządzającą na często nieuzasadnione zarzuty niekompetencji, zamiast koncentrować wspólne wysiłki na rozwiązywanie realnych problemów jednostek, pracowników, a przede wszystkim pacjentów.



Bez rachunku kosztów uniemożliwia podejmowanie świadomych decyzji zarządczych

WYZWANIA DEMOGRAFICZNE

Zmiany demograficzne mają bezpośredni wpływ na podmioty lecznicze. Starzejące się społeczeństwo zwiększa zapotrzebowanie na leczenie chorób przewlekłych i opiekę długoterminową. Równocześnie system boryka się z coraz większym brakiem personelu – zarówno medycznego, jak i administracyjnego. Można powiedzieć, że rosnące zapotrzebowanie na usługi starzejącego się szybko społeczeństwa będzie przerzucone na jeszcze szybciej starzejące się kadry medyczne.



Więcej pacjentów, mniej rąk do pracy

Starzejące się społeczeństwo oznacza większe potrzeby zdrowotne

Zarządzający zwracają uwagę na brak młodych kadr, niską motywację pracowników administracyjnych oraz trudności z utrzymaniem doświadczonych specjalistów.



Współpraca międzypokoleniowa może być wyzwaniem, ale także szansą na wymianę doświadczeń

Dodatkowym wyzwaniem jest wewnętrzna demografia organizacji. W jednej placówce pracują osoby z kilku pokoleń, co rodzi różnice w stylach pracy, oczekiwaniach i kompetencjach cyfrowych. Brak odpowiednich polityk HR sprawia, że różnice te przeradzają się w konflikty i zwiększoną rotację. Organizacje, które to wyzwanie spostrzegły jako pierwsze i zdołały wprowadzić odpowiednie rozwiązania, uzyskują znakomite efekty dostrzegalne nie tylko przez pacjentów, ale także pracowników. Są one także doskonale widoczne w wynikach finansowych tych liderów, którzy w zróżnicowaniu kadr dostrzegli potencjał a nie problem.

REFORMA OCHRONY ZDROWIA

W momencie badania w Polsce trwało wiele zmian systemu ochrony zdrowia. Najważniejsze z nich to: wprowadzanie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), nowe modele finansowania oparte na jakości oraz zmiany w przepisach dotyczących minimalnych wynagrodzeń.

 Reforma goni reformę – a wsparcia wciąż brak

Wszystkie te zmiany wymagają od podmiotów szybkiego dostosowania się, aktualizacji procedur, szkoleń personelu i reorganizacji struktur.

 Nowe regulacje wymagają od szpitali elastyczności i ciągłych zmian

Z badania wynika, że wielu respondentów odczuwa przeciążenie regulacyjne i brak realnego wsparcia systemowego – finansowego i organizacyjnego. Najczęściej wskazywane problemy to obowiązki związane z EDM, systemem P1, nową siatką płac oraz raportowaniem danych w wielu formatach do różnych instytucji równocześnie. Wobec chaosu wywołanego jednocześnie wprowadzaniem zmian konieczność ich zintegrowania spoczywa na barkach kadr zarządzających placówkami ochrony zdrowia.

ROLA ELASTYCZNOŚCI W ZARZĄDZANIU

W obliczu rosnących wyzwań coraz wyraźniej widać potrzebę wprowadzania elastycznych form zarządzania w podmiotach publicznych. W badaniu elastyczność została zdefiniowana jako zdolność organizacji do szybkiego dostosowywania się do zmian poprzez uczenie się, decentralizację decyzji, pracę zespołową, uproszczenie struktur i stosowanie nowoczesnych narzędzi zarządczych.

 Elastyczne zarządzanie zaczyna się od otwartości na ludzi i pomysły

Elastyczność powinna obejmować zarówno strukturę organizacyjną (np. możliwość powoływania interdyscyplinarnych zespołów bez zmian statutowych), jak i kulturę organizacyjną (otwarta komunikacja, większa samodzielność pracowników, wizualne formy zarządzania).

 Elastyczność to zdolność szybkiego reagowania na zmiany otoczenia

Wyniki badania wskazują, że wiele podmiotów podejmuje już działania w tym kierunku, jednak często brakuje im całościowego podejścia oraz odpowiednich narzędzi. Jednocześnie obserwacja praktyki jednoznacznie potwierdza skuteczność wprowadzania oddolnych zmian wdrażanych w formie pilotaży obejmujących wybrane jednostki organizacyjne szpitali. Takie podejście umożliwia tworzenie nowatorskich rozwiązań, które zostały sprawdzone w praktyce i mogą być następnie wykorzystywane w innych jednostkach - zarówno medycznych, jak i finansowo-administracyjnych.





METODYKA BADANIA

Raport opiera się na autorskim badaniu ankietowym wśród osób zarządzających publicznymi podmiotami leczniczymi w Polsce – dyrektorów, zastępców, naczelnich pielęgniarek i kierowników działów. Grupa respondentów została dobrana celowo, aby objąć różne poziomy zarządzania (strategiczny i operacyjny) oraz różne typy podmiotów leczniczych (kliniczne, wielospecjalistyczne, powiatowe).

Celem badania było wskazanie barier we wdrażaniu elastycznego modelu zarządzania – w ujęciu organizacyjnym i systemowym. Szczególny nacisk położono na doświadczenia praktyczne respondentów: ocenę regulacji, skuteczność struktur wewnętrznych i narzędzi zarządczych w codziennej pracy.

- 
- Badanie przeprowadzono wśród kluczowej kadry kierowniczej
 - Analizowano zarówno poziom strategiczny, jak i operacyjny
 - Połączono dane ilościowe (ankieta) z jakością (odpowiedzi otwarte)
 - Celem była diagnoza i wskazanie praktycznych rozwiązań



CHARAKTERYSTYKA BADANIA

Badanie zostało przeprowadzone w ramach projektu „Elastyczne Zarządzanie w Podmiocie Leczniczym” we współpracy ze **Szkołą Główną Handlową w Warszawie (SGH)**, **Warszawskim Uniwersytetem Medycznym (WUM)** oraz **Stowarzyszeniem Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)**. Dzięki temu połączono szerokie zaplecze naukowe i praktyczne doświadczenia środowiska ochrony zdrowia.

W badaniu wzięło udział 104 menedżerów publicznych podmiotów z całej Polski. Reprezentowali różne regiony, poziomy referencyjności i typy placówek. Ponad 60% odpowiedzi pochodziło z województwa mazowieckiego, co uzasadniało wydzielenie tej grupy do osobnej analizy porównawczej.

- 
- Ponad 60% odpowiedzi pochodziło z woj. mazowieckiego
 - 104 menedżerów z całej Polski wzięło udział w badaniu

Kwestionariusz ankiety obejmował 34 pytania, podzielone na cztery bloki:

- Organizacyjny – struktura podmiotu, procesy i procedury.
- Kadrowy – zarządzanie personelem, motywacja, rotacja, style przywództwa.
- Finansowy – koszty, wynagrodzenia, możliwości inwestycyjne.
- Metryczka – dane o typie i wielkości placówki, stanowisku respondenta i regionie.



Kwestionariusz miał 34 pytania w czterech blokach tematycznych

Pytania miały formę zamkniętą (jednokrotnego i wielokrotnego wyboru, skala Likerta) oraz otwartą, co pozwoliło połączyć dane ilościowe z jakościowymi.



Badanie objęło różne typy podmiotów i szczeble zarządzania



ZASTOSOWANE METODY STATYSTYCZNE

Aby pogłębić analizę, wyniki ankiety zostały opracowane z użyciem metod statystycznych. Pozwoliło to sprawdzić, czy różnice między odpowiedziami poszczególnych grup są istotne a nie jedynie przypadkowe.



Wyniki badania zostały poddane analizie statystycznej

Sprawdzano zależności między odpowiedziami różnych grup

WYKORZYSTANO:

Test chi-kwadrat Pearsona – do oceny zależności między zmiennymi kategorycznymi, np. województwem, płcią czy wielkością podmiotu leczniczego.

Test U Manna-Whitneya – do porównania odpowiedzi między grupami, zwłaszcza gdy dane nie miały rozkładu normalnego.

Za istotne uznawano różnice przy poziomie $p < 0,05$. Dzięki temu można było nie tylko opisać intuicyjne obserwacje menedżerów, ale też potwierdzić je naukowo.



Wnioski oparte na testach chi-kwadrat Pearsona i U Manna-Whitneya

Nie tylko opinie – twarde dane i statystyka

WYNIKI ANALIZY STATYSTYCZNEJ

Analiza statystyczna pozwoliła zobaczyć, jak odpowiedzi różniły się w zależności od płci, wielkości czy regionu. Dzięki temu łatwiej wskazać obszary, w których potrzebne są rozwiązania dopasowane do lokalnych warunków.

PŁEĆ	Kobiety-menedżerki częściej niż mężczyźni nie postrzegają różnic pokoleniowych jako istotnego problemu. Może to świadczyć o większej otwartości na różnorodność wiekową i doświadczeniu w zarządzaniu zespołami wielopokoleniowymi.
WIELKOŚĆ	Placówki duże (powyżej 500 pracowników) częściej deklarowały, że dostępne formy zatrudnienia pozwalają na elastyczne zarządzanie zasobami ludzkimi. W mniejszych jednostkach brakowało wsparcia prawnego i procedur umożliwiających korzystanie z takich rozwiązań. Wyzwaniem dla mniejszych jednostek jest zorganizowanie takiej sieci wsparcia ze strony zewnętrznych instytucji i ekspertów, aby pomimo mniejszego potencjału ekonomicznego i organizacyjnego być w stanie konkurować z jednostkami większymi.
REGION	Między podmiotami z Mazowsza i spoza Mazowsza pojawiły się istotne różnice: • placówki spoza Mazowsza częściej deklarowały sprawniejsze systemy kontroli bieżącej działalności, • większe zapotrzebowanie na aktualizację procedur administracyjnych, • większe trudności z nową siatką płac.
WIELKOŚĆ DZIAŁALNOŚCI	Podmioty lecznicze spoza Mazowsza częściej wskazywały na wysokie koszty wynagrodzeń i energii jako główne obciążenie budżetu.



Statystyka pokazuje różnice – Mazowsze to nie cała Polska

Dane liczbowe pomagają dostrzec lokalne potrzeby i konteksty



WNIOSKI Z ANALIZY STATYSTYCZNEJ

Zastosowanie testów U Manna-Whitneya oraz chi-kwadrat Pearsona pozwoliło nie tylko potwierdzić intuicyjne obserwacje respondentów, ale również nadać im **wiarygodność naukową i porównawczą**. Wskazane różnice mają praktyczne znaczenie przy konstruowaniu rekomendacji – szczególnie w kontekście wsparcia małych i średnich podmiotów spoza głównych ośrodków miejskich.

Dzięki analizie statystycznej możliwe było wskazanie obszarów, w których potrzebne są rozwiązania „szyte na miarę”, uwzględniające lokalny kontekst zarządczy i różnice w dostępnych zasobach.

- 
- ▶ Kobiety-menedżerki rzadziej widzą problem różnic pokoleniowych
 - ▶ Duże podmioty lepiej radzą sobie z elastycznymi formami zatrudnienia
 - ▶ Poza Mazowszem częściej wskazuje się na problemy z procedurami i siatką płac
 - ▶ Koszty wynagrodzeń i energii szczególnie obciążają mniejsze jednostki spoza dużych ośrodków



7 GŁÓWNYCH WYZWAŃ ZIDENTYFIKOWANYCH W BADANIU

Analiza wyników ankiety wśród menedżerów publicznych podmiotów pozwoliła wyodrębnić siedem najczęściej powtarzających się problemów. Dotyczą one zarówno kwestii kadrowych i organizacyjnych, jak i systemowych barier utrudniających wprowadzanie nowoczesnych narzędzi zarządzania.

- ▶ Badanie ujawniło siedem najczęściej powtarzających się problemów
- ▶ Siedem wyzwań, które blokują rozwój
- ▶ Identyfikacja wyzwań to pierwszy krok do ich rozwiązania

1

BRAKI KADROWE WŚRÓD PERSONELU MEDYCZNEGO

Braki kadrowe od lat stanowią jedno z kluczowych wyzwań systemu ochrony zdrowia w Polsce. Problem ten dotyczy nie tylko liczby dostępnych specjalistów, lecz także struktury zatrudnienia, stabilności zespołów oraz warunków wykonywania pracy. W efekcie niedobory kadrowe wpływają na codzienne funkcjonowanie placówek medycznych i ograniczają ich zdolność do zapewnienia ciągłości oraz jakości udzielanych świadczeń.

Zmiany pokoleniowe w ochronie zdrowia ujawniają nowe oczekiwania młodego personelu medycznego, obejmujące m.in. odejście od hierarchicznej kultury pracy, potrzebę równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, dostęp do nowoczesnych technologii oraz wsparcie mentorskie

Źródło: <https://pulsmedycyny.pl/jak-młode-pokolenie-zmieni-sektor-ochrony-zdrowia-1000387>
(dostęp: 14.08.2024)

Niedobór personelu medycznego przekłada się na trudności w obsadzie dyżurów, ograniczanie liczby świadczeń oraz przeciążenie osób już zatrudnionych. W konsekwencji spada jakość i dostępność usług dla pacjentów. Skutki wieloletowości i długotrwałego przeciążenia pracą od lat są oczywiste dla środowiska ochrony zdrowia - zarówno dla pracowników, jak i menedżerów. Jednocześnie świadomość tych problemów w otoczeniu zewnętrznym, w tym wśród pacjentów i decydentów, pozostaje nadal ograniczona.



- Szpital bez ludzi nie działa – braki kadrowe to kryzys codzienności
- Niedobór lekarzy i pielęgniarek ogranicza dostępność świadczeń
- Bez inwestycji w kadry nie uda się wzmocnić systemu ochrony zdrowia

Braki kadrowe prowadzą do przeciążenia pracą osób już zatrudnionych, pogarszają warunki pracy oraz wpływają na jakość i dostępność świadczeń dla pacjentów. W sposób naturalny menedżerowie ochrony zdrowia koncentrują się przede wszystkim na trwałych niedoborach wśród personelu medycznego. Warto jednak pamiętać, że poza tą specyfiką, placówki ochrony zdrowia mierzą się z podobnymi trudnościami w pozyskiwaniu pracowników jak inne organizacje w Polsce. Oznacza to, że oprócz problemów związanych z niedoborem specjalistów, podmioty lecznicze - podobnie jak inne instytucje publiczne - zmagają się również z dodatkowymi wyzwaniem kadrowymi, często trudniejszymi do przezwyciężenia. Nie oznacza to jednak, że problemy charakterystyczne dla rynku pracy zastępują niedobory kadry medycznej. Przeciwnie - nakładają się na siebie, czyniąc je jeszcze bardziej widocznymi.

Polski system ochrony zdrowia charakteryzuje się dużą różnorodnością zawodów medycznych oraz licznymi specjalizacjami, co sprzyja powstawaniu wielu subkultur i związków zawodowych w placówkach. Zjawisko to stanowi dodatkowe wyzwanie dla menedżerów w obszarze zarządzania personelem. Publiczne podmioty lecznicze szczególnie dotkliwie odczuwają braki kadrowe, które dodatkowo pogłębiają ograniczone możliwości finansowe. Relatywnie niskie wynagrodzenia w sektorze publicznym sprzyjają migracji lekarzy i pielęgniarek do sektora prywatnego lub za granicę, gdzie warunki pracy i płacy są zazwyczaj korzystniejsze. W konsekwencji publiczna opieka zdrowotna zmagają się z niedoborem wykwalifikowanych pracowników, co bezpośrednio wpływa na jakość i dostępność udzielanych świadczeń.

W krajach takich jak Niemcy, Szwecja czy Holandia, systemy publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej są lepiej zrównoważone, a różnice w wynagrodzeniach i warunkach pracy nie są tak wyraźne jak w Polsce. Dzięki temu przepływ personelu między sektorami jest bardziej stabilny, a migracja do sektora prywatnego lub za granicę jest ograniczona. W Niemczech i Szwecji warunki pracy w sektorze publicznym są na tyle atrakcyjne, że umożliwiają utrzymanie wykwalifikowanych pracowników w szpitalach publicznych. Z kolei w Holandii elastyczny rynek pracy pozwala na stosowanie różnych form zatrudnienia, a system ubezpieczeń zdrowotnych wspiera zarówno placówki publiczne, jak i prywatne, co dodatkowo stabilizuje sytuację kadrową.

**WYNIKI
BADANIA**

- 58,3 % respondentów nie zgadza się ze stwierdzeniem, że na rynku pracy jest wystarczająca liczba kandydatów na stanowiska medyczne.
- 24,3 % wyraziło ten pogląd w sposób zdecydowany.

2**PROBLEMY Z UTRZYMANIEM
NOWO ZATRUDNIONYCH PRACOWNIKÓW**

Rekrutacja nowych osób to dla wielu podmiotów ogromny wysiłek – czasowy, organizacyjny i finansowy. Dlatego szczególnie bolesne jest to, że część z nich rezygnuje z pracy już w pierwszych miesiącach po zatrudnieniu. Problem ten dotyczy zarówno pracowników medycznych, jak i administracyjnych czy technicznych.

Zarządzający podkreślają, że szybka rezygnacja nowo zatrudnionych destabilizuje funkcjonowanie całej organizacji. Zespoły muszą od nowa przejmować obowiązki, ponownie uruchamia się proces rekrutacyjny, a pacjenci odczuwają spadek jakości obsługi. To błędne koło – każda nieudana próba zatrudnienia zniechęca kadrę i obniża zaufanie do instytucji jako pracodawcy.



Kwestionariusz miał 34 pytania w czterech blokach tematycznych

DLACZEGO NOWI PRACOWNICY ODCHODZĄ?

Badanie pokazało, że przyczyny są różnorodne. Najczęściej wskazywano na brak dobrze przygotowanego procesu wdrożenia (tzw. onboardingu). Nowa osoba nie otrzymuje jasnych wskazówek, kto jest jej opiekunem, jakie są jej zadania ani jak działają procedury. W efekcie czuje się zagubiona i sfrustrowana.

W przypadku personelu administracyjnego i obsługi dużą rolę odgrywa również niski poziom wynagrodzeń i brak ścieżek rozwoju. Z kolei wśród personelu medycznego na pierwszy plan wysuwa się przeciążenie obowiązkami i brak wsparcia zespołowego w początkowym okresie pracy.

**WYNIKI
BADANIA**

- 33% respondentów zadeklarowało, że w ich podmiotach występują trudności z utrzymaniem nowo zatrudnionych pracowników.
- W odpowiedziach ankietowanych często pojawiały się uwagi o chaosie organizacyjnym, nieprzyjaznej atmosferze i braku przełożonego, który wspierałby nową osobę w procesie adaptacji.

Brak dbałości o pierwszy etap zatrudnienia sprawia, że nowy pracownik odchodzi, zanim zdąży realnie wzmocnić zespół. To nie tylko koszt finansowy, ale też koszt wizerunkowy – podmiot leczniczy traci reputację miejsca, w którym warto pracować. Pogłębia to i tak duży problem jakim jest powszechne przeświadczenie, że jednostki ochrony zdrowia są jednymi z ostatnich miejsc, w których można oczekiwać zarówno korzystnych warunków finansowych jak coraz wyżej cenionej przez kandydatów równowagi między pracą a życiem prywatnym i organizacji pracy sprzyjającej redukcji stresu, frustracji, przeciążenia zadaniami i w konsekwencji wypalenia zawodowego.

Wysoka rotacja nowych pracowników w podmiotach leczniczych to nie tylko koszt finansowy, ale także poważne ryzyko dla stabilności zespołu i jakości usług. Każda rezygnacja oznacza konieczność ponownego uruchomienia procesu rekrutacji, dodatkowe obciążenie dla pozostałych członków zespołu oraz pogorszenie atmosfery pracy. W efekcie, nawet najlepiej zaplanowane działania organizacyjne mogą zostać zakłócone przez ciągłe zmiany kadrowe, co negatywnie wpływa na morale i poczucie bezpieczeństwa wśród pracowników. Szczególnie w ochronie zdrowia, gdzie liczy się ciągłość opieki i zaufanie, każda luka personalna jest odczuwalna przez cały zespół i pacjentów.

Długofalowo, brak dbałości o adaptację nowych osób pogłębia negatywny wizerunek sektora ochrony zdrowia jako miejsca, gdzie trudno o stabilność, rozwój i równowagę między pracą a życiem prywatnym. Współczesne oczekiwania kandydatów coraz częściej obejmują nie tylko atrakcyjne wynagrodzenie, ale także jasne ścieżki rozwoju, wsparcie przełożonego oraz przyjazną, wspierającą atmosferę. W krajach Europy Zachodniej coraz większy nacisk kładzie się na profesjonalny onboarding, mentoring i wsparcie adaptacyjne – to właśnie te elementy pozwalają ograniczyć rotację i budować lojalność nowych pracowników już od pierwszych dni pracy.

3

BRAK ROZWIĄZAŃ W ZAKRESIE ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I KONTROLI WEWNĘTRZNEJ

Jednym z kluczowych elementów sprawnie funkcjonującego podmiotu leczniczego jest system zarządzania jakością i kontroli wewnętrznej. To on pozwala monitorować, czy procedury są realizowane zgodnie z obowiązującymi standardami, a pacjenci otrzymują świadczenia bezpieczne i na wysokim poziomie.

W badaniu okazało się jednak, że w wielu jednostkach te mechanizmy są słabo rozwinięte lub istnieją jedynie formalnie – jako dokumenty, które rzadko przekładają się na codzienną praktykę. Brakuje spójnych narzędzi do oceny jakości, systematycznego przeglądu procedur oraz kultury organizacyjnej opartej na uczeniu się na błędach.

Respondenci wskazywali, że kontrola wewnętrzna często ogranicza się do działań sprawozdawczych wymaganych przez instytucje zewnętrzne. Tymczasem potrzeba rozwiązań, które realnie wspierają zarządzających – od monitorowania procesów klinicznych, przez analizę zdarzeń niepożądanych, aż po usprawnianie obiegu dokumentów.

WYNIKI BADANIA

- Znaczna część menedżerów oceniła, że w ich placówkach **system kontroli wewnętrznej wymaga gruntownej poprawy**.
- Wskazywano na **brak narzędzi do bieżącego monitorowania** jakości oraz **niewystarczającą liczbę osób odpowiedzialnych za te procesy**.
- Podkreślano również, że **aktualizacja procedur często odbywa się wyłącznie „na papierze”**, a nie w praktyce codziennej pracy.

Brak skutecznych mechanizmów jakości i kontroli to nie tylko ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów. To także utrata szansy na lepsze wykorzystanie zasobów, redukcję kosztów i budowanie kultury odpowiedzialności w organizacji.

- Systemy zarządzania jakością i kontroli wewnętrznej są w wielu podmiotach jedynie formalne
- Brakuje narzędzi do monitorowania procesów i oceny jakości, a dostępne rozwiązania są często kosztowne i poza zasięgiem wielu jednostek
- Aktualizacja procedur często nie przekłada się na codzienną praktykę
- Wzmocnienie jakości i kontroli wewnętrznej to szansa na poprawę bezpieczeństwa pacjentów i efektywności zarządzania

Wyniki badania pokazują, że skuteczny system zarządzania jakością w podmiotach leczniczych powinien wykraczać poza samo spełnianie wymogów formalnych. Jakość nie może ograniczać się wyłącznie do dokumentacji, lecz powinna realnie wspierać menedżerów w codziennym zarządzaniu, umożliwiając systematyczne doskonalenie procesów oraz podnoszenie poziomu świadczonych usług. Choć zagadnienie jakości w ochronie zdrowia coraz częściej pojawia się zarówno w debacie publicznej, jak i w nowych regulacjach prawnych, w praktyce wielu menedżerów wskazuje na brak narzędzi do bieżącego monitorowania jakości oraz na niewystarczająco rozwiniętą kulturę organizacyjną opartą na współpracy i uczeniu się na błędach. To właśnie te elementy – a nie wyłącznie formalne procedury – decydują o tym, czy jakość staje się realną wartością w codziennej pracy, czy pozostaje jedynie hasłem.

Pojawia się zatem pytanie, czy jakość i bezpieczeństwo pacjentów mogą funkcjonować wyłącznie „na papierze”? Czy podmiot leczniczy można uznać za nowoczesny, jeśli system zarządzania jakością istnieje jedynie w dokumentacji, a nie w codziennych działaniach zespołu? W warunkach rosnących wymagań i oczekiwań społecznych brak realnych narzędzi do monitorowania procesów i uczenia się na błędach oznacza nie tylko wzrost ryzyka, lecz także świadomą rezygnację z rozwoju, efektywności i budowania zaufania pacjentów. Skoro oczekiwania wobec szpitali stale rosną, zasadne jest pytanie, czy narzędzia zarządzania jakością nie powinny być dostępne i wykorzystywane w praktyce, a nie jedynie w teorii. Z perspektywy systemowej istotne jest przy tym, aby były one dostępne bezpłatnie dla wszystkich podmiotów leczniczych oraz miały jednolity charakter, umożliwiając porównywanie wyników i wzajemne uczenie się jednostek. Takie rozwiązanie, finansowane ze środków ministerialnych, mogłoby być jednocześnie tańsze i szybsze we wdrożeniu, a także ograniczać ryzyko powstawania monopolii, które obserwuje się obecnie na rynku oprogramowania informatycznego. Być może nadszedł moment, aby przestać postrzegać jakość wyłącznie jako koszt, a zacząć traktować ją jako inwestycję w przyszłość organizacji i bezpieczeństwo pacjentów.

4

**NIEDOCENIONY
PERSONEL ADMINISTRACYJNY**

Niedoceniony personel administracyjny to ważny temat, który w debacie o ochronie zdrowia wciąż bywa pomijany. W strukturach podmiotów leczniczych najczęściej mówi się o lekarzach, pielęgniarkach czy ratownikach medycznych – co jest w pełni uzasadnione – jednak znacznie rzadziej dostrzega się rolę administracji.

Tymczasem pracownicy administracyjni odpowiadają za organizację pracy placówki, dokumentację, logistykę, obsługę pacjentów oraz rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zajmują się również prowadzeniem zamówień publicznych, zarządzaniem dokumentacją medyczną, kontrolą kosztów oraz współpracą z instytucjami zewnętrznymi. Ich praca nie ma charakteru klinicznego, jednak bez sprawnie działającej administracji proces leczenia nie mógłby przebiegać w sposób płynny ani zgodny z wymogami prawnymi i finansowymi.

Mimo tego w wielu szpitalach grupa ta pozostaje marginalizowana – zarówno w strukturach decyzyjnych, jak i w systemach motywacyjnych, rozwojowych oraz komunikacyjnych. Współczesny szpital nie jest w stanie funkcjonować bez efektywnej administracji, a mimo to jej rola bywa nadal postrzegana jako wyłącznie „pomocnicza”. Często administrację utożsamia się z biurokracją, a nie z integralną częścią zarządzania organizacją.



Administracja – niewidzialny fundament szpitala

Nowoczesny szpital potrzebuje nowoczesnej administracji

W przeprowadzonym badaniu i analizie otwartych komentarzy wyraźnie wybrzmiewa frustracja menedżerów średniego szczebla, którzy wskazują na **brak uznania dla roli personelu niemedycznego**, brak narzędzi rozwojowych oraz zanikającą motywację pracowników.

„Administracja to pierwszy obszar cięcia, ostatni do pochwały. A przecież to oni pilnują terminów, przetargów, płatności, kontaktów z NFZ.” — dyrektor administracyjny szpitala powiatowego

Z danych ankietowych wynika, że:

- tylko **19% placówek** posiadało wewnętrzne **ścieżki awansu dla personelu administracyjnego**, co oznacza brak możliwości rozwoju poziomego i pionowego,
- aż **64,1% menedżerów spoza Mazowsza** uznało, że ich pracownicy administracyjni **nie są zadowoleni z pracy**; w województwie mazowieckim odsetek ten wyniósł 45,3%,
- zwraca uwagę wysoki odsetek menedżerów, którzy **„nie mieli zdania”** na temat satysfakcji tej grupy zawodowej – co może świadczyć o **braku kontaktu z personelem administracyjnym lub brakiem informacji zwrotnej**.

W wielu szpitalach nadal brakuje spójnych systemów okresowej oceny pracowników administracyjnych. Mechanizmy premiowe w dużej mierze pozostają zarezerwowane dla personelu medycznego, a udział administracji w działaniach integracyjnych jest ograniczony. W efekcie pracownicy administracyjni często funkcjonują na marginesie życia organizacyjnego, co obniża ich zaangażowanie i negatywnie wpływa na skuteczność procesów wymagających współpracy między różnymi grupami zawodowymi.

Brak inwestycji w rozwój kompetencji administracji prowadzi do wymiernych konsekwencji, takich jak opóźnienia w rozliczeniach z Narodowym Funduszem Zdrowia, błędy w dokumentacji przetargowej czy nieefektywne zarządzanie zasobami. Odpowiedzialność za te obszary często spoczywa na pojedynczych osobach, bez wystarczającego wsparcia i jasno określonych procedur.

Wnioski płynące z badań oraz z analizy funkcjonowania administracji w ochronie zdrowia wskazują na brak wyodrębnionej polityki HR dla tej grupy zawodowej, co sprawia, że procesy takie jak onboarding, rozwój kompetencji, ocena efektów pracy czy udział w szkoleniach realizowane są w sposób niesystemowy.

W jednej z badanych placówek usłyszano wręcz: **„Nie mamy HR dla administracji. Zajmuje się tym kadrowa i każdy robi, co uważa. Nie ma systemu.”**

Długofalowe skutki takiego podejścia są wyraźne: rośnie rotacja pracowników, brakuje ciągłości procesów, pojawiają się luki kompetencyjne i napięcia między personelem medycznym a działami wsparcia. Tam natomiast, gdzie administracja jest traktowana jako partner organizacyjny, a szpital inwestuje w jej rozwój i integrację, obserwuje się nie tylko lepsze wyniki operacyjne, lecz także kulturę współpracy i odpowiedzialności wzmacniającą cały system.

Wnioski z przeprowadzonych analiz jednoznacznie wskazują, że poprawa funkcjonowania administracji w podmiotach leczniczych wymaga działań o charakterze systemowym. Kluczowe znaczenie ma wprowadzenie regularnych ocen okresowych pracowników administracyjnych, które pozwalają monitorować jakość pracy oraz wzmacniają kulturę odpowiedzialności i przejrzystości.

Równolegle zasadne jest opracowanie czytelnych ścieżek rozwoju zawodowego, dających pracownikom administracji realną perspektywę awansu w strukturze organizacyjnej. Istotnym elementem jest również włączanie przedstawicieli administracji w procesy decyzyjne, m.in. poprzez udział w spotkaniach zarządczych, co sprzyja lepszemu przepływowi informacji i integracji z kluczowymi procesami szpitala.

Uzupełnieniem tych działań powinien być system premiowania oparty na rzeczywistych efektach pracy. Premie przyznawane za mierzalne rezultaty – takie jak usprawnienia organizacyjne, poprawa wyników kontroli czy wdrażanie innowacji procesowych – zwiększają motywację pracowników i przekładają się na efektywność całej placówki.

Jak już wcześniej wskazano, problemy z pozyskiwaniem kompetentnych kadr medycznych stanowią jedynie część wyzwania, a presja rynku pracy dotyczy również pozostałych grup zawodowych. Skupienie uwagi wyłącznie na satysfakcji personelu medycznego, przy braku analogicznych rozwiązań dla innych pracowników, utrudnia budowanie kultury współpracy i sprawia, że osoby mające istotny wpływ na funkcjonowanie placówki nie są postrzegane jako pełnoprawna część organizacji.

Tymczasem ekstensywne metody pracy, oparte głównie na wysiłku personelu medycznego, od dawna wyczerpały swój potencjał. Doświadczenia z wdrożeń pilotażowych pokazują, że włączanie pracowników niemedycznych jako pełnoprawnych członków zespołów sprzyja poprawie kluczowych wskaźników – efektywnościowych, finansowych oraz poziomu satysfakcji z pracy – i wzmacnia współodpowiedzialność za realizowane procesy.



Administracja – partner, nie tło

Silna administracja to silny szpital

5

**BRAK ŚRODKÓW
NA PODWYŻKI WYNAGRODZEŃ**

Jednym z najtrudniejszych wyzwań finansowych, z jakimi mierzą się szpitale publiczne, pozostaje konieczność pokrywania ustawowych wzrostów płac bez zapewnienia adekwatnego finansowania. Wprowadzenie minimalnych wynagrodzeń w ochronie zdrowia (tzw. siatki płac) oraz ich coroczna waloryzacja powodują istotny wzrost kosztów osobowych, który nie znajduje pełnego odzwierciedlenia w kontraktach zawieranych z NFZ.

Szpitale nie mają realnego wpływu ani na wysokość, ani na strukturę swoich przychodów, ponieważ budżety kształtowane są centralnie, a decyzje płacowe często ogłaszane są z niewielkim wyprzedzeniem. W konsekwencji placówki zmuszone są do przesuwania środków w ramach budżetu, ograniczania inwestycji, a w skrajnych przypadkach także do generowania strat, opóźnień płatniczych oraz zadłużenia.

Sytuacja ta niesie również poważne konsekwencje społeczne i organizacyjne. Nierównomierny wzrost wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodowych – lekarzy, pielęgniarek czy pracowników administracji – sprzyja napięciom i konfliktom wewnątrz instytucji, a menedżerowie, mimo chęci prowadzenia elastycznej polityki płacowej, pozostają pozbawieni narzędzi umożliwiających jej strategiczne kształtowanie.



Podwyżki bez pokrycia – szpitale płacą z własnej kieszeni

Nierówne podwyżki – więcej konfliktów, mniej zaufania

Badania pokazują, że problem ten jest szczególnie odczuwalny: **niemal 30% dyrektorów szpitali spoza Mazowsza i ponad 16% z Mazowsza** wskazało, iż wprowadzenie siatki płac stanowiło dla nich najpoważniejsze wyzwanie finansowe ostatnich lat.

W wypowiedziach ankietowanych pojawiały się takie stwierdzenia, jak:
„Podwyżki są narzucane z góry, a my nie mamy pojęcia, z czego je pokryć” czy
„Wzrost kosztów płac zmusił nas do zawieszenia inwestycji w sprzęt i zatrzymania rekrutacji na kilka etatów”.

W części szpitali wzrost wynagrodzeń wymusił rezygnację z inwestycji w infrastrukturę i systemy informatyczne, a sytuację dodatkowo pogłębia brak narzędzi do planowania skutków regulacji.

Większość placówek nie prowadzi systematycznych analiz udziału kosztów wynagrodzeń w ogólnych wydatkach ani nie raportuje ich na poziomie strategicznym, a brak dialogu z instytucjami finansującymi dodatkowo utrudnia zarządzanie. W efekcie zarządzanie finansami ma charakter reaktywny i krótkoterminowy, co wpływa nie tylko na budżet, lecz także na stabilność organizacyjną, zaufanie pracowników i zdolność szpitali do realizacji zadań.

Obecnie wdrażane dyrektywy Unii Europejskiej dotyczące sprawiedliwego traktowania pracowników ujawnią negatywne konsekwencje braku spójności w tworzeniu systemów wynagradzania. Szczególnie widoczne staną się skutki punktowych, niewystarczająco uzasadnionych interwencji płacowych, które nie były elementem przemyślanej i całościowej polityki. Potencjalne koszty wynikające z ujawnionych nieprawidłowości mogą okazać się bardzo wysokie. Co istotne, będą one konsekwencją nie przepisów krajowych, lecz regulacji prawa europejskiego. Istnieje przy tym realne ryzyko, że odpowiedzialność za ten stan rzeczy zostanie przypisana kadrom zarządzającym placówkami.

W praktyce należy jednak zauważyć, że menedżerowie ochrony zdrowia mają ograniczony wpływ na kształtowanie spójnej, efektywnej i sprawiedliwej polityki wynagradzania. Oznacza to, że odpowiedzialność za obecny stan systemu płacowego powinna spoczywać przede wszystkim na decydentach centralnych. Nie jest to jednak uspokajająca perspektywa, ponieważ ewentualne koszty finansowe najprawdopodobniej zostaną pokryte ze środków przeznaczonych na ochronę zdrowia.

Niezależnie od przyszłych rozstrzygnięć sądów powszechnych, ostateczny rachunek poniosą pacjenci oraz pracownicy systemu ochrony zdrowia. Z tego względu nie jest to czas na poszukiwanie winnych, lecz na wypracowanie szybkich i skutecznych metod przeciwdziałania narastającym problemom. Termin wejścia w życie nowych przepisów wyznaczono na czerwiec 2026 roku.



Brak spójnej polityki płac – ryzyko dla całego systemu

6

TRUDNOŚCI WE WDROŻENIU ELEKTRONICZNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (EDM)

Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia jest jednym z głównych kierunków rozwoju sektora publicznego, a Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM) stanowi kluczowy element tego procesu. Ma ona nie tylko usprawniać dokumentację i przepływ informacji, ale także zwiększać bezpieczeństwo danych, wspierać zarządzanie ścieżką pacjenta i poprawiać jakość opieki.

Pomimo tego, wiele szpitali zмага się z istotnymi barierami organizacyjnymi, technicznymi i finansowymi. Wdrożenie EDM to złożony proces, obejmujący integrację z istniejącymi systemami HIS, LIS czy RIS, przeszkolenie całego personelu – zarówno medycznego, jak i administracyjnego – oraz modyfikację wewnętrznych procedur. Wymaga on również zapewnienia zgodności z regulacjami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz bezpieczeństwa teleinformatycznego. Brak odpowiedniego przygotowania na wszystkich poziomach skutkuje opóźnieniami, niską efektywnością i ryzykiem ograniczonego wykorzystania systemów w praktyce.

Warto zaznaczyć, że prezentowane wyniki pochodzą z ankiety przeprowadzonej w 2024 roku. Możliwe, że w ostatnich miesiącach część szpitali wdrożyła kolejne elementy EDM lub rozwinęła istniejące rozwiązania. Jednak nawet te postępy nie zmieniają faktu, że cyfryzacja pozostaje ogromnym obciążeniem dla bieżącej pracy zespołów i utrzymania ciągłości udzielania świadczeń. Wdrażanie nowych narzędzi wymaga nie tylko czasu i zaangażowania, ale często odbywa się kosztem innych zadań, co w praktyce oznacza dodatkowy stres i ryzyko dla płynności funkcjonowania placówki.

Badania wśród menedżerów szpitali pokazują, że jedynie niewielka część jednostek wdrożyła EDM w pełnym zakresie i zgodnie z założeniami. W wielu placówkach systemy funkcjonują częściowo – obejmując np. wypisy czy skierowania – podczas gdy pozostałe obszary nadal pozostają w formie papierowej.

Najczęściej wskazywane bariery to:

-  **Brak interoperacyjności systemów** – niemal 60% szpitali sygnalizuje problemy z łączeniem różnych rozwiązań informatycznych, co prowadzi do dublowania pracy i błędów w dokumentacji.
-  **Niskie kompetencje cyfrowe personelu** – szczególnie wśród średniego personelu medycznego i administracyjnego, co generuje opór wobec nowych narzędzi i wydłuża proces wdrażania.
-  **Brak funduszy** – 43% menedżerów wskazuje, że koszty licencji, sprzętu, szkoleń czy serwisu przekraczają możliwości finansowe szpitali, zwłaszcza w sytuacji braku dodatkowego finansowania centralnego.

W otwartych odpowiedziach kadra zarządzająca apelowała o standaryzację szablonów dokumentacyjnych (np. wzory kart zabiegowych, zleceń czy formularzy zgody) oraz o przygotowanie praktycznych list kontrolnych, które krok po kroku prowadziłyby przez proces wdrożenia i jasno określały zakres odpowiedzialności poszczególnych osób.

Brak koordynacji i spójnej wizji powoduje, że wiele placówek działa w izolacji – powstają tzw. „cyfrowe wyspy”, gdzie poszczególne oddziały lub działy administracyjne wdrażają własne rozwiązania, często niespójne z resztą organizacji. W jednej z analizowanych placówek mimo wdrożonego systemu EDM, część dokumentacji nadal była drukowana i podpisywana ręcznie.

Jak zauważył jeden z kierowników IT: **„Każdy dział wdraża co innego. Nie mamy wspólnego standardu ani szablonów. Lekarze rejestrują dane w innym systemie niż pielęgniarki, a administracja pracuje jeszcze na innym. Historia pacjenta staje się fragmentaryczna.”**

Wielu menedżerów wskazuje także na brak jasno wyznaczonego lidera wdrożenia, który koordynowałby proces, komunikację z użytkownikami i rozwiązywał problemy techniczne. W efekcie pozostawieni sami sobie pracownicy, z niejasnymi procedurami, wypełniają dokumenty w różny sposób, co dodatkowo pogłębia chaos organizacyjny. Proces wdrażania EDM wymaga więc traktowania nie tylko jako zmiany technologicznej, lecz także jako zmiany kulturowej i organizacyjnej. Konieczne jest myślenie systemowe, budowanie kompetencji cyfrowych, standaryzacja rozwiązań oraz wsparcie centralne. Bez tego ryzykujemy, że cyfryzacja w ochronie zdrowia pozostanie niepełna, a szpitale utkną w półdrogi – pomiędzy systemem elektronicznym a tradycyjną dokumentacją papierową.

Systemy do EDM są bardzo kosztowne – zarówno pod względem licencji, jak i sprzętu, szkoleń czy serwisu. W sytuacji, gdy szpital związał się już z jednym dostawcą, staje się od niego całkowicie uzależniony: to dostawca dyktuje ceny, warunki, a zmiana systemu jest niemal niemożliwa bez ryzyka paraliżu organizacji. Nikt rozsądny nie zdecyduje się na wywrócenie całego procesu dokumentacyjnego tylko po to, by zmienić dostawcę. W efekcie z publicznych środków rosną monopoliści spoza sektora ochrony zdrowia, a szpitale płacą coraz więcej za narzędzia, które nie zawsze odpowiadają ich potrzebom.

Może czas postawić sprawę jasno: systemy EDM w publicznych podmiotach powinny być narzędziami dostarczany centralnie, na równych zasadach dla wszystkich. W przeciwnym razie cyfryzacja stanie się nie tylko kosztowna, ale i nieefektywna – a jej beneficjentami będą głównie dostawcy, nie pacjenci i personel.



Monopol dostawcy – szpital bez wyboru

Cyfryzacja dla pacjenta, nie dla dostawcy

7

**BRAK TRANSPARENTNOŚCI
PROCEDUR ADMINISTRACYJNYCH**

Efektywne zarządzanie szpitalem wymaga jasnych, aktualnych i zrozumiałych procedur administracyjnych – zarówno dla personelu medycznego, jak i niemedycznego. Niestety, w wielu publicznych podmiotach leczniczych formalnie istniejące regulaminy i instrukcje rzadko znajdują odzwierciedlenie w codziennej praktyce. W konsekwencji pojawiają się błędy, opóźnienia, a także frustracja pracowników, którzy tracą zaufanie do kierownictwa i z rezerwą podchodzą do nowych rozwiązań. Brak przejrzystości dotyczy szczególnie procesów wspierających, takich jak: zgłaszanie usterek, prowadzenie zamówień publicznych, delegacje, rozliczanie kosztów, obieg dokumentów czy kontrola czasu pracy.

W wielu jednostkach działania te realizowane są różnymi ścieżkami – zależnie od działu lub osoby – co prowadzi do chaosu organizacyjnego.



Procedury na papierze, chaos w praktyce

**WYNIKI
BADANIA**

- Badania wskazują, że **13,6% respondentów wprost określiło obowiązujące procedury jako niejasne, nieaktualne lub nieznane.**
- W otwartych odpowiedziach menedżerowie opisywali sytuacje, w **których „każdy robi po swojemu”**, a wiedza o przebiegu procesu zależała od doświadczenia jednostki, a nie od spisanej dokumentacji.
- **Nowi pracownicy często uczą się od starszych kolegów, przejmując nieaktualne lub nieskuteczne praktyki.** Przykładem może być proces zgłaszania reklamacji do firm serwisowych.

W jednej z badanych placówek funkcjonowały aż cztery różne ścieżki postępowania – w zależności od działu. Zgłoszenia trafiały czasem przez kierownika, czasem bezpośrednio do administracji, innym razem na adres sekretariatu. Brak jednego punktu odpowiedzialności skutkował brakiem monitorowania terminów, a część zgłoszeń w ogóle nie docierała do wykonawców.

Brak przejrzystości procedur ma także konsekwencje kulturowe. Pracownicy, którzy nie wiedzą, jak raportować problemy lub gdzie uzyskać wsparcie, zaczynają działać intuicyjnie lub wycofują się z odpowiedzialności. Tworzy to chaos decyzyjny i zjawisko „uciekania od odpowiedzialności” – bo nie wiadomo, kto za co odpowiada. W wielu szpitalach brakuje wspólnego katalogu procedur dostępnego dla wszystkich pracowników. Dokumenty są przechowywane w formie papierowej, rozproszone w segregatorach poszczególnych działów albo – jeśli istnieje wersja elektroniczna – dostęp do niej mają wyłącznie wybrane osoby. Brakuje standaryzacji wzorów, przejrzystych schematów czy narzędzi wizualnych, które ułatwiałyby codzienną pracę.



Przejrzystość to nie koszt – to inwestycja w efektywność

Zarządzanie wizualne – prosty sposób na przejrzystość

Transparentne procedury = szybsze wdrożenie, mniej błędów, więcej odpowiedzialności

Pracownicy biorący udział w badaniach wskazywali na potrzebę:

-  opracowania map procesów administracyjnych,
-  stworzenia czytelnych schematów przepływu dokumentów i informacji,
-  wdrożenia zarządzania wizualnego – np. tablic statusów, dashboardów, checklist,
-  wdrożenia cyklicznych przeglądów i aktualizacji procedur z udziałem użytkowników końcowych.

Jak trafnie zauważył jeden z pracowników administracyjno-technicznych:
„Nie wiem, kto to pisał, ale na pewno nie ktoś, kto tu pracuje. To nie ma nic wspólnego z naszą codziennością.”

W kontekście zarządzania elastycznego, przejrzyste procedury to fundament. Pozwalają szybciej wdrażać nowych pracowników, usprawniają podejmowanie decyzji, ograniczają powtarzalne błędy i budują kulturę odpowiedzialności. Brak transparentności to bariera, którą można i trzeba przełamać – bez dodatkowych nakładów finansowych, rozpoczynając od przeglądu istniejących regulacji i zaangażowania pracowników w ich aktualizację.

7 REKOMENDACJI (ROZWIĄZAŃ) NA ZIDENTYFIKOWANE WYZWANIA

Analiza przeprowadzona w pracy dyplomowej, jak i zebrane dane ankietowe, jednoznacznie wskazują na obszary, które w największym stopniu utrudniają sprawne funkcjonowanie szpitali publicznych. Wyzwania te dotyczą zarówno sfery finansowej, jak i organizacyjnej, obejmując kwestie motywacji pracowników administracyjnych, planowania kosztów, wdrażania nowych technologii czy transparentności procesów. W odpowiedzi na te problemy zaproponowano zestaw siedmiu rekomendacji – praktycznych rozwiązań, które mogą być wdrażane przez menedżerów ochrony zdrowia w codziennej pracy. Każda z nich została sformułowana w oparciu o wyniki badań, przykłady z praktyki oraz wnioski płynące z literatury i doświadczeń osób zarządzających. Rekomendacje te nie są jedynie zbiorem teoretycznych wskazówek – stanowią mapę działań, które mogą realnie poprawić jakość zarządzania, zwiększyć stabilność organizacyjną oraz wzmocnić rolę administracji w systemie ochrony zdrowia.

1

WPROWADZENIE SYSTEMÓW MOTYWACYJNYCH I ROZWOJOWYCH DLA ADMINISTRACJI

Jednym z najpoważniejszych wyzwań, jakie ujawniła analiza oparta na pracy dyplomowej, jest marginalizacja pracowników administracyjnych w strukturze szpitali. Osoby zatrudnione w działach niemedyce odpowiadają za procesy kluczowe dla funkcjonowania placówki – rozliczenia z NFZ, zamówienia publiczne, dokumentację czy logistykę – a mimo to wciąż pozostają poza systemami motywacyjnymi, ścieżkami awansu i programami rozwoju zawodowego. Badania wykazały, że jedynie 19% placówek deklaruje istnienie formalnych możliwości awansu dla tej grupy, a ponad 64% respondentów spoza Mazowsza oceniło, iż pracownicy administracyjni w ich jednostkach nie są zadowoleni z pracy. Dodatkowo, niemal 40% ankietowanych nie potrafiło odpowiedzieć na pytanie dotyczące poziomu satysfakcji tej grupy – co może świadczyć o braku mechanizmów monitorowania potrzeb administracji lub o zbyt słabym kontakcie kadry zarządzającej z tymi pracownikami. W otwartych odpowiedziach pojawiały się głosy wskazujące na brak integracji pomiędzy administracją a personelem medycznym, nieczytelne struktury wewnętrzne i nieadekwatną komunikację.

Jeden z dyrektorów szpitala powiatowego zauważył: **„Nie wiem, kto odpowiada za wewnętrzną komunikację, ale mam wrażenie, że większość ludzi w administracji dowiaduje się o zmianach z plotek albo przypadkiem.”**

Brak spójnych systemów wsparcia powoduje frustrację, obniża zaangażowanie i przyczynia się do rotacji pracowników. Dlatego w pracy dyplomowej podkreślono konieczność wdrożenia kompleksowych rozwiązań, które łączą zarówno narzędzia finansowe, jak i pozafinansowe.

REKOMENDOWANE DZIAŁANIA:

➤ **System ocen okresowych** – wdrożenie jasnych i transparentnych kryteriów oceny pracy administracji, powiązanych z celami działu i placówki. System może zawierać elementy samooceny, oceny przełożonego oraz wskaźników efektywności (np. czas realizacji zadań, jakość komunikacji).

Korzyści: poprawa zaangażowania personelu, zwiększenie przejrzystości oczekiwań, łatwiejsze identyfikowanie talentów i deficytów kompetencyjnych.

➤ **Ścieżki awansu** – opracowanie awansów poziomych (np. młodszy-starszy specjalista) i pionowych (np. specjalista-koordynator-kierownik) z jasno określonymi wymaganiami kompetencyjnymi. Ścieżki powinny być dostępne w intranecie lub regulaminie organizacyjnym.

Korzyści: większa retencja pracowników, zmniejszenie fluktuacji, możliwość planowania rozwoju kadr wewnątrz organizacji.

➤ **Szkolenia kompetencyjne** – tematy wskazane przez respondentów badania to: obsługa Excel i PowerPoint, zamówienia publiczne, ochrona danych osobowych, zarządzanie czasem, podstawy rachunku kosztów. Szkolenia te mogą być organizowane wewnętrznie lub poprzez partnerstwa z uczelniami lub firmami szkoleniowymi.

Korzyści: podniesienie jakości pracy administracji, wzmocnienie kompetencji kluczowych dla realizacji zadań wspierających działalność leczniczą.

REKOMENDOWANE DZIAŁANIA:

➤ **Programy mentoringowe** – powiązanie nowych pracowników z doświadczonymi mentorami z administracji; mentorzy mogą pomagać w integracji, tłumaczeniu nieformalnych zasad oraz wspierać rozwój kompetencji miękkich.

Korzyści: szybsza adaptacja nowych pracowników, integracja zespołu, przenoszenie wiedzy organizacyjnej.

➤ **Udział w procesach decyzyjnych** – np. obecność przedstawicieli administracji w zespołach ds. optymalizacji procesów, audytów wewnętrznych lub spotkaniach kierownictwa. To działanie ma również funkcję integracyjną.

Korzyści: wzmocnienie pozycji personelu niemedycznego, większe poczucie wpływu i motywacja do inicjatyw oddolnych.

➤ **Premiowanie zadaniowe** – premie projektowe za szczególne zaangażowanie lub osiągnięcie mierzalnych efektów (np. skrócenie czasu obiegu dokumentów, wdrożenie usprawnień, lepsze wyniki audytów).

Korzyści: wzrost efektywności i innowacyjności, nagradzanie za rzeczywiste osiągnięcia, pozytywny klimat wokół zmian.

Wdrożenie powyższych działań pozwala nie tylko zwiększyć motywację i satysfakcję pracowników administracyjnych, lecz także buduje kulturę współodpowiedzialności w całej organizacji. Szpitale, które inwestują w administrację jako w równorzędnego partnera, zyskują stabilność, mniejsze ryzyko rotacji i lepsze wyniki operacyjne.

W świetle nowych przepisów, które są obecnie przygotowywane i będą wdrażane. Powyżej wskazane działania są jedynie preludium do zmian polegających na całkowitej zmianie obecnie stosowanych rozwiązań w zakresie zarządzania kapitałem ludzkim, a w tym w szczególności w obszarze wynikającym ze wskazanych powyżej propozycji tj. systemu wynagradzania.

Zlekceważenie tego zadania szybko zakończy się jeszcze poważniejszymi kłopotami finansowymi oraz pogłębieniem i tak ogromnych problemów ochrony zdrowia w Polsce. Niestety nie można obecnie mówić o potrzebie jedynie usprawnienia działania.

Z pewnością placówki napotkają ogromne trudności już na etapie samego raportowania kwestii kadrowych i płacowych wynikających z wdrażania Dyrektywy. W warunkach chaosu regulacyjnego, związanego z przepisami dotyczącymi wymogów wobec poszczególnych grup zawodowych oraz centralnie regulowanymi zasadami wynagradzania, skala nieprawidłowości, które sprawozdania te ujawnią i w sposób transparentny przedstawią pracownikom, jest trudna do oszacowania.

W dyskusjach eksperckich pracownicy ochrony zdrowia są często wskazywani jako jedna z trzech grup zawodowych w Polsce, które mogą masowo kierować sprawy do sądów, przekonane o braku sprawiedliwego traktowania. W świetle opinii pozyskanych od menedżerów ochrony zdrowia nie jest to zaskakujące, ponieważ w tym obszarze nie występują istotne rozbieżności pomiędzy ocenami najbardziej efektywnych pracowników ochrony zdrowia a stanowiskiem kadry zarządzającej.

Decentralizacja decyzji dotyczących wynagradzania i zasad zatrudnienia w ochronie zdrowia była konieczna już na etapie wprowadzania centralizacji i zwiększania regulacji, a dziś problemy te jedynie się pogłębiły. Choć odejście od dotychczasowego kierunku nie będzie łatwe, zmiana ta jest wyraźnie oczekiwana.

2

BRAK ŚRODKÓW NA PODWYŻKI WYNAGRODZEŃ

Jednym z najczęściej powtarzających się problemów wskazywanych przez menedżerów szpitali jest brak środków na pokrycie ustawowych podwyżek wynagrodzeń. Dotyczy to zarówno lekarzy i pielęgniarek, jak i personelu niemedycznego. Respondenci badań wielokrotnie podkreślali, że lipcowe podwyżki z 2022 roku oraz kolejne regulacje w zakresie minimalnych płac miały bezpośredni i bolesny wpływ na kondycję finansową placówek. Z danych wynika, że 29,7% menedżerów spoza Mazowsza oraz 16,2% z Mazowsza uznało wzrost wynagrodzeń za największe wyzwanie ostatnich lat. W wypowiedziach otwartych dyrektorzy mówili wręcz o „gaszeniu pożarów” – zamiast o racjonalnym planowaniu – gdyż podwyżki były wprowadzane bez wcześniejszych analiz, a finansowanie z NFZ nie pokrywało w pełni zwiększonych kosztów funduszu płac.

Praca dyplomowa przytoczyła konkretne przykłady: w jednym ze szpitali powiatowych dodatkowe 3 mln zł rocznie przeznaczone na wynagrodzenia wymusiło przesunięcie środków z planowanej modernizacji bloku operacyjnego, a projekt informatyzacji laboratorium został całkowicie zawieszony.

REKOMENDOWANE DZIAŁANIA:

- **Przygotowywanie scenariuszy budżetowych** – tworzenie kilku wariantów (optymistyczny, realistyczny, pesymistyczny) dla różnych scenariuszy zmian regulacyjnych.

Korzyść: lepsze przygotowanie na zewnętrzne regulacje i większa przewidywalność decyzji inwestycyjnych.

- **Monitorowanie wskaźnika udziału płac w kosztach całkowitych** – wdrożenie dashboardów i raportów miesięcznych, które pozwolą na bieżąco śledzić relację kosztów wynagrodzeń do budżetu.

Korzyść: szybsza identyfikacja zagrożeń finansowych i kontrola nad strukturą kosztów.

- **Tworzenie wewnętrznych rezerw na podwyżki** – odkładanie środków na nieprzewidziane wzrosty płac, np. z nadwyżek kontraktu lub przychodów komercyjnych.

Korzyść: elastyczność budżetowa i możliwość natychmiastowego reagowania.

- **Modelowanie wpływu zmian płacowych na jednostki kosztowe** – wykorzystanie rachunku kosztów lub analiz ex post do oceny, jak podwyżki wpływają na opłacalność poszczególnych zakresów świadczeń.

Korzyść: możliwość identyfikacji nierentownych działań i racjonalizacji świadczeń.

- **Inicjowanie dialogu z NFZ i instytucjami centralnymi** – przygotowanie stanowisk i analiz opartych na danych, które mogą być wykorzystane przez organizacje reprezentujące szpitale (np. STOMOZ, Związek Powiatów Polskich).

Korzyść: większa siła negocjacyjna w rozmowach z decydentami i szansa na pozyskanie dodatkowego finansowania.

Placówki, które inwestują w narzędzia prognozowania i analizy kosztów, zyskują strategiczną przewagę – są mniej zaskakiwane przez decyzje centralne i mogą lepiej planować rozwój infrastruktury czy zatrudnienia. W sytuacji zdecentralizowania problemu wynagradzania pracowników ochrony zdrowia postulowane zmiany uzyskają całkowicie nowy wymiar. Dyrektorzy szpitali budować będą rezerwy finansowe nie po to, aby przeciwdziałać skutkom narzucanych odgórnie, niezrozumiałych decyzji, ale po to, aby hojniej wynagradzać pracowników, których zaangażowanie zaowocowało znaczącymi sukcesami i korzyściami finansowymi. Inaczej mówiąc rezerwowo środki nie będą służyć do gaszenia pożarów, ale jako paliwo dla motywacji i zaangażowania pracowników w walce o zdrowie i życie pacjentów. Zbliży to jednocześnie działania podmiotów leczniczych do oczekiwań pacjentów i stanowić będzie solidny fundament budowania zaufania i sympatii do systemu ochrony zdrowia.

3

STANDARYZACJA I CENTRALIZACJA WSPARCIA WE WDRAŻANIU EDM

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM) jest kluczowym elementem cyfrowej transformacji sektora ochrony zdrowia. Wymaga od menadżerów podmiotów leczniczych przemyślanej strategii uwzględniającej obowiązujące przepisy, technologie, organizację pracy wraz z przeszkoleniem personelu, zapewnienie bezpieczeństwa danych oraz dostosowanie systemów do wymogów Platformy e-Zdrowie. Istotnym aspektem jest wybór oprogramowania dostarczającego odpowiednich funkcjonalności oraz regularne odnawianie certyfikatów.

Wyniki badania wykazały, że tylko 27% respondentów zadeklarowało pełne wdrożenie EDM w swojej placówce. Zdecydowana większość respondentów podała, że największe wyzwania związane z wdrożeniem EDM to: wysokie nakłady finansowe (43%), skomplikowany system informatyczny skutkujący m.in. wydłużeniem czasu potrzebnego na uzupełnianie dokumentacji (59%), niskie kompetencje cyfrowe personelu (46%) oraz ryzyko utraty lub wycieku danych.

Rekomendowanym rozwiązaniem o charakterze systemowym jest wprowadzenie zcentralizowanego i zorganizowanego podejścia do wspierania procesu wdrażania EDM w podmiotach leczniczych – na poziomie regionalnym – oraz opracowanie standardowych narzędzi możliwych do adaptacji przez szpitale różnej wielkości.

➤ **Utworzenie regionalnych centrów wsparcia EDM** - przy udziale m.in. Centrum e-Zdrowie i organizacji ze środowiska medycznego, np.: Naczelna Izba Lekarska, Wojskowa Izba Lekarska, itp. Mogą one być zlokalizowane np. przy szpitalach wojewódzkich, uczelniach medycznych, oddziałach wojewódzkich NFZ lub branżowych instytucjach rządowych lub samorządowych. Centra mogłyby pełnić funkcję doradczą, wspierającą i wdrożeniową, dostarczając merytorycznej wiedzy, zasobów technicznych, prowadząc szkolenia czy nawet udzielać wsparcia podmiotom leczniczym w procesie pozyskiwania finansowania na wdrożenie EDM.

Korzyści: wyrównanie szans mniejszych podmiotów leczniczych, ograniczenie kosztów wdrożenia, dostęp do merytorystów bez konieczności zatrudniania ich lokalnie.

➤ **Standaryzacja jednolitych szablonów dokumentów EDM i schematów procesów (workflow)** – opracowanie przez Centrum e-Zdrowie jednolitych (uniwersalnych) wzorów EDM zgodnych z obowiązującymi przepisami oraz włączenie ich do katalogu standardowych elementów wymaganych w oprogramowaniach dedykowanych EDM.

Korzyści: spójność i zgodność prowadzonej EDM z wymogami prawnymi, oszczędność czasu i zasobów przy wdrażaniu.

➤ **Opracowanie checklist wdrożeniowych oraz zbioru dobrych praktyk** – to zestaw narzędzi do samodzielnego wdrożenia EDM przez podmiot leczniczy, zawierający: instrukcje postępowania krok po kroku w procesie wdrożeniowym; katalog typowych, incydentalnych i krytycznych błędów możliwych do pojawienia się w procesie wdrożeniowym; zbiór dobrych/rekomendowanych praktyk.

Korzyści: ułatwienie wdrożenia szczególnie w tych podmiotach leczniczych, które nie posiadają merytorycznego zaplecza/zespołu projektowego; standaryzacja działań wewnętrznych.

REKOMENDOWANE
DZIAŁANIA:

➤ **Wprowadzenie obowiązkowych szkoleń z EDM dla kadry kierowniczej i pracowników rejestracji** – obowiązkowe przeszkolenie kadry kierowniczej oraz personelu medycznego i administracyjnego mającego styczność z EDM. Kompleksowy zakres szkolenia powinien uwzględniać zagadnienia dotyczące obsługi i zasad korzystania z systemu, zarządzania uprawnieniami, ochrony danych oraz pracy w środowisku cyfrowym.

Korzyści: zmniejszenie oporu wobec wprowadzanych zmian, zwiększenie sprawności operacyjnej, ograniczenie ryzyka wszelkiego rodzaju błędów, nieprawidłowości i naruszeń.

4

**MAPOWANIE I USPÓJNIENIE
PROCEDUR ADMINISTRACYJNYCH**

W wielu podmiotach publicznych funkcjonują zdezaktualizowane, niespójne, a nawet nieznane pracownikom Regulaminy, Instrukcje czy procedury administracyjne. Taki stan negatywnie wpływa na efektywność działania w danym podmiocie, obniża jakość skutecznej komunikacji oraz zwiększa liczbę błędów organizacyjnych. Brak transparentnych reguł działania zakłóca podział kompetencji i odpowiedzialności za poszczególne procesy czy obszary funkcjonowania. Prowadzi również do frustracji samych pracowników co w dalszej konsekwencji przekłada się negatywnie na proces adaptacyjno-wdrożeniowy nowo zatrudnianych osób.

W przeprowadzonym badaniu ankietowym aż 13,6% respondentów wskazało, że występujące w ich organizacjach procedury administracyjne są mało przejrzyste, nieskoordynowane (brak konsultacji), niekompletne (zawierają luki), a nawet nieznane. W wypowiedziach otwartych pojawiły się przykłady sytuacji, dla których brak schematów działania skutkowało opóźnieniami w realizacji lub konfliktem kompetencyjnym. Respondenci wskazywali na potrzebę „spisania procedur na nowo” oraz „ułatwienia orientacji w strukturze organizacyjnej”. Jednocześnie projekty pilotażowe podejmowane przez Słuchaczy MBA SGH-WUM jednoznacznie potwierdziły, że obowiązujące procedury mogą być jednocześnie:

- Krótkie,
- Spójne,
- Czytelne,
- Zwizualizowane.

A w konsekwencji:

- Znane,
- Szanowane,
- Stosowane.

- **Mapowanie głównych procesów administracyjnych** – np. przy użyciu metodyki BPMN. Opis procesów administracyjnych wzbogacony graficznym schematem, diagramem czy inną formą wizualizującą przebiegu danego procesu wraz z określeniem występujących interakcji, pozwala na szczegółowe jego prześledzenie krok po kroku, co w efekcie skutkuje stworzeniem opracowania transparentnej, kompletnej i zrozumiałej dla pracowników procedury. Mapowanie to graficzna prezentacja kluczowych procesów (np. obieg dokumentów, proces archiwizacji dokumentów, proces zaopatrzenia, proces zgłaszania awarii i usterek, proces rekrutacji, itp.) z jasno określonymi etapami, przypisanymi osobami odpowiedzialnymi i punktami kontrolnymi.

Korzyści: zwiększenie przejrzystości działań, eliminacja błędów organizacyjnych, łatwiejsze wdrażanie pracowników oraz usprawnienie zarządzania podmiotem leczniczym.

- **Opracowanie katalogu procedur z przypisaniem ról, odpowiedzialności i wskaźników** – utworzenie spójnej bazy procedur (dostępnej dla wszystkich pracowników) z wyznaczeniem ról, określeniem obowiązków i odpowiedzialności, wskazaniem odbiorców i ścieżki przepływu informacji (np. wykorzystując narzędzie Macierz RACI) oraz wskaźnikami (np. czas realizacji, rodzaj i liczba zgłoszonych błędów, itp.).

Korzyści: uporządkowanie odpowiedzialności, zapewnienie niezbędnego przepływu informacji, lepsze zarządzanie efektywnością pracy, możliwość monitorowania i raportowania.

- **Wdrożenie zarządzania wizualnego (Visual Management)** – zastosowanie narzędzi wizualnych (dashboardsy, tablice Kanban, harmonogramy), które umożliwiają zespołom monitorowanie statusów realizowanych zadań, zgłoszeń oraz przebiegu projektów w czasie rzeczywistym lub prawie rzeczywistym.

Korzyści: poprawa komunikacji, lepsza koordynacja pracy między działami/zespołami, większa świadomość odpowiedzialności indywidualnej i zespołowej.

Cytując Alberta Einsteina: „*Siła wizualnego zarządzania tkwi w prostocie – gdy procesy i cele są jasne i widoczne, łatwiej je zrozumieć i angażować się w ich realizację*”.

REKOMENDOWANE
DZIAŁANIA:

➤ **Regularny przegląd i aktualizacja procedur co najmniej raz w roku** – sformalizowanie procesu przeglądu i rewizji procedur z udziałem kluczowych użytkowników, minimum raz w roku lub przy każdej zmianie prawnej oraz organizacyjnej.

Korzyści: eliminacja nieaktualnych zapisów, dostosowanie obowiązujących procedur do zmieniających się warunków i przepisów, minimalizacja ryzyka wystąpienia niezgodności z przepisami oraz wynikającymi z tego tytułu karami i sankcjami.

5

**PROBLEMY RETENCJI I ADAPTACJI PRACOWNIKÓW
W OCHRONIE ZDROWIA**

Utrzymanie nowo zatrudnionych pracowników, szczególnie w działach administracyjnych i technicznych, zostało zidentyfikowane jako jedno z kluczowych wyzwań. Z badania wynika, że 33% respondentów potwierdziło trudności z utrzymaniem nowych pracowników, a główne przyczyny to brak wsparcia wdrożeniowego, brak szkoleń na start, a także skutki nieudanej rekrutacji (*niedostosowanie posiadanych kompetencji do wymagań dla rekrutowanego stanowiska*). Należy podkreślić, że aż 27,2% respondentów przyznało, że proces rekrutacji w podległych placówkach odbywa się pod presją czasu. Kolejne 18,4% respondentów nie posiada wiedzy na temat wyzwań rekrutacyjnych. Dodatkowo 16,5% respondentów zdecydowanie wskazało, że system szkoleń i rozwoju w ich organizacjach nie wspiera rozwoju kompetencji pracowników. Istotną barierą w utrzymaniu nowo zatrudnionych pracowników może być również nisko motywujący system wynagradzania. Aż 41,7% respondentów potwierdziło, że istniejący w podległych im organizacjach system wynagradzania ma demotywujący wpływ na zatrudniony personel.

W wypowiedziach otwartych pojawiły się przykłady sytuacji, w których nowozatrudniony pracownik odchodził po kilku tygodniach pracy z powodu: „braku wsparcia”, „braku jasności co do zakresu zadań” lub „nieprzyjaznego środowiska”.

Rekomenduje się zatem wdrożenie kompleksowego systemu adaptacji dla nowo zatrudnianych pracowników, obejmującego wsparcie osobowe, dostęp do narzędzi oraz informacji organizacyjnych oraz w miarę możliwości budowanie motywującego systemu wynagradzania.

REKOMENDOWANE DZIAŁANIA:

- **Wyznaczanie opiekunów wdrożeniowych (mentor, buddy)** – każdy nowozatrudniony pracownik powinien mieć przypisanego opiekuna odpowiedzialnego za jego adaptację w nowym środowisku pracy, przekazanie wiedzy o strukturze organizacyjnej, realizowanych procesach, oraz wspierającego w trakcie realizacji bieżących zadaniach.

Korzyści: skrócenie czasu adaptacji, wzrost poczucia bezpieczeństwa i przynależności, zmniejszenie ilości błędów możliwych do popełnienia w początkowym okresie pracy.

- **Opracowanie planów onboardingowych na okres minimum 3 miesiące** – to harmonogram zawierający: cele wdrożeniowe dla danego stanowiska pracy, zestaw procedur i zadań do opanowania, listę osób współpracujących do zapoznania oraz zaplanowane spotkania kontrolne z bezpośrednim przełożonym.

Korzyści: zwiększenie przewidywalności procesu adaptacyjnego, możliwość bieżącego monitorowania postępów oraz zwiększenie skuteczności procesu wdrożeniowego.

- **Wdrożenie szkoleń „na start”** – wzmocnienie procesu adaptacji poprzez możliwość zdobycia niezbędnych umiejętności do wykonywania obowiązków służbowych.

Korzyści: podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracownika, możliwość szybszego i pełnego wykorzystania potencjału nowego pracownika.

- **Cykliczne spotkania z nowozatrudnionymi pracownikami w okresie adaptacyjnym (próbny)** – przeprowadzanie rozmów kontrolnych z przełożonym lub delegowanym pracownikiem działu HR w celu zebrania informacji o trudnościach, potrzebach i poziomie satysfakcji nowozatrudnionych pracowników.

Korzyści: bieżące eliminowanie problemów, wzrost wskaźnika retencji, poprawa atmosfery pracy.

REKOMENDOWANE
DZIAŁANIA:

➤ **Dostęp do wewnętrznej platformy wiedzy** – np. intranetu z instrukcjami, regulaminami, procedurami, wykazem kontaktów służbowych, listą spraw administracyjnych (urlopy, delegacje, zamówienia, itp.), polityką organizacyjną, informacjami bieżącymi (newsletter).

Korzyści: wzrost samodzielności nowozatrudnionych pracowników, szybsze poznanie organizacji i jej struktur, standaryzacja dostępu do informacji.

6

**INWESTYCJE W KOMPETENCJE CYFROWE
I ZARZĄDZANIE PROJEKTAMI**

Niski poziom kompetencji cyfrowych oraz umiejętności zarządzania projektami wśród personelu medycznego i administracyjnego to istotna bariera w procesie modernizacji i rozwoju podmiotów publicznych. W erze cyfrowej transformacji, podmioty potrzebują pracowników, którzy nie tylko potrafią obsługiwać narzędzia IT, ale również rozumieją procesy organizacyjne, potrafią zarządzać zmianą i analizować dane operacyjne.

W przeprowadzonym badaniu ankietowym ponad 40% respondentów wskazało niskie kompetencje cyfrowe jako barierę wdrożenia systemów informatycznych (w tym Elektroniczną Dokumentację Medyczną i Standard Rachunku Kosztów) lub pełnego wykorzystania ich funkcjonalności. Wśród odpowiedzi otwartych pojawiły się uwagi o „braku systematycznych szkoleń”, „niechęci pracowników do technologii” oraz „braku wiedzy o tym, co można z systemu wyciągnąć”.

Rekomenduje się więc wdrożenie szerokiego programu szkoleń rozwijających umiejętności cyfrowe oraz kompetencje w zakresie zarządzania projektami, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i zespołowym dla pracowników sektora ochrony zdrowia.

W ujęciu systemowym, rekomendowane działania powinny być współfinansowane ze środków budżetu państwa.

REKOMENDOWANE DZIAŁANIA:

- **Szkolenia z obsługi systemów cyfrowych i biurowych (MS365, HIS, EDM, itp.)** – cykliczne szkolenia dla pracowników medycznych i administracyjnych, obejmujące podstawowe i zaawansowane funkcje systemów wykorzystywanych w codziennej pracy.

Korzyści: wzrost efektywności pracy, zmniejszenie liczby błędów użytkownika, lepsze wykorzystanie potencjału systemów IT, rzetelne raportowanie danych dla interesariuszy wewnętrznych i zewnętrznych.

- **Kursy w zakresie zarządzania projektami dla kierowników średniego szczebla** – szkolenia z metodyk Agile, Lean, Prince2, SCRUM dostosowane do realiów szpitalnych (np. reorganizacja oddziału, wdrożenie EDM, przygotowanie do akredytacji).

Korzyści: sprawniejsze prowadzenie projektów, większe zaangażowanie zespołów, lepsza komunikacja między działami.

- **Warsztaty z analizy procesów i identyfikacji „wąskich gardeł”** – zajęcia praktyczne w zespołach, polegające na diagnozie procesów wewnętrznych, tworzeniu map procesów i szukaniu punktów usprawnień.

Korzyści: usprawnienie pracy operacyjnej, zaangażowanie pracowników w poprawę jakości, rozwój umiejętności analitycznych.

- **Szkolenia z zakresu cyberbezpieczeństwa i zarządzania dostępem** – obowiązkowe szkolenia dla wszystkich grup pracowniczych, obejmujące ochronę danych osobowych, zarządzanie hasłami, bezpieczne logowanie i reagowanie na incydenty.

Korzyści: zwiększenie bezpieczeństwa danych pacjentów, zmniejszenie ryzyka naruszeń, wzrost świadomości zagrożeń cyfrowych.

7

**BRAK TRANSPARENTNOŚCI
PROCEDUR ADMINISTRACYJNYCH**

Aby zarządzanie jakością nie było jedynie wymogiem formalnym wynikającym z przepisów czy certyfikacji, powinno stać się integralnym elementem codziennego funkcjonowania szpitala.

Wyniki badania ankietowego pokazały, że wdrożenie standardów akredytacyjnych stanowiło wyzwanie jedynie dla 1,1% respondentów, tymczasem wdrożenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem było wyzwaniem dla 36,9% respondentów. Liczby te mogą sugerować, że w podmiotach leczniczych (szczególnie tych nieposiadających certyfikatów ISO czy akredytacji) systemy jakości funkcjonują jako wymóg formalny, a ich realne wykorzystanie do zarządzania operacyjnego jest ograniczone.

Rekomenduje się opracowanie polityki jakości z uwzględnieniem planowania działań krok po kroku (w tym niezbędnych szkoleń) i konsekwencji w jego realizacji. Kluczem do sukcesu jest pełne zaangażowanie wszystkich pracowników placówki, a w szczególności osób zarządzających.

REKOMENDOWANE DZIAŁANIA:

➤ **Przeprowadzenie przeglądu istniejących narzędzi kontroli wewnętrznej** – audyt narzędzi i systemów stosowanych w zakresie monitorowania jakości, efektywności i zgodności działań. Ocena przydatności, aktualności i rzeczywistego wykorzystania danych.

Korzyści: eliminacja narzędzi „martwych”, koncentracja na skutecznych rozwiązaniach, uproszczenie systemów.

➤ **Wdrożenie dashboardów dla kadry zarządzającej** – przygotowanie zestawów danych w formie graficznej prezentującej kluczowe wskaźniki (np. absencja, zużycie materiałów, czas hospitalizacji, rotacja kadr, reklamacje). Możliwość przeglądu danych przez dyrektorów, kierowników i zespoły.

Korzyści: szybsze podejmowanie decyzji, monitorowanie trendów, transparentność wewnętrzna, wzmocnienie samokontroli i samodyscypliny.

REKOMENDOWANE DZIAŁANIA:

- **Wyznaczenie osób odpowiedzialnych za jakość w każdym dziale** – wskazanie liderów ds. jakości, odpowiedzialnych za zbieranie danych, monitorowanie wskaźników i inicjowanie działań naprawczych.

Korzyści: rozproszenie odpowiedzialności, zwiększenie świadomości jakościowej wśród personelu, większe zaangażowanie zespołów liniowych.

- **Cykliczne spotkania zarządcze z analizą danych jakościowych i kosztowych** – spotkania kierownictwa i liderów jakości w celu omawiania wyników, podejmowania decyzji, aktualizacji planów działań naprawczych.

Korzyści: włączenie systemów jakości w bieżące zarządzanie, powiązanie wyników jakościowych z efektywnością operacyjną i finansową.



BENCHMARKING I DOBRE PRAKTYKI

W celu zilustrowania, że rekomendacje przedstawione w raporcie są możliwe do wdrożenia w praktyce, warto przywołać dobre praktyki z wybranych placówek, które wdrażają rozwiązania zgodne z ideą elastycznego zarządzania. Oto przykłady:



Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy (WIM-PIB) w Warszawie

– przykład efektywnego wdrożenia zarządzania procesowego, wspomaganego systemem informatycznym. Zaprojektowany moduł tzw. ścieżek klinicznych bazuje na wykorzystywanej w zarządzaniu procesowym idei Business Proces Model and Notation (BPMN), dzięki czemu może aktywnie korzystać z danych jakościowych w bieżącym zarządzaniu. „[...] Zarządzanie procesowe, upraszczając, sprowadza się do zdefiniowania procesu medycznego w postaci nietrywialnej ścieżki postępowania. Mając pacjenta z problemem "X" i przyporządkowując go do ścieżki klinicznej, algorytm jest w stanie wspierać proces jego diagnostyki i leczenia. [...] Algorytm podpowie kolejne kroki terapii, terminy, tak by wszyscy mogli zaplanować swoją pracę. Z góry projektujemy, w jaki sposób proces postępowania powinien wyglądać, definiujemy go w czasie, w zasobach i w przestrzeni. Pacjent przydzielony do ścieżki klinicznej zaczyna być prowadzony merytorycznie w jej ramach, a nie tylko dlatego, że coś zapisano w zarządzeniach czy aktach prawnych”^[1].

Źródło: <https://www.rynekzdrowia.pl/Badania-i-rozwoj/Plk-Murawski-z-WIM-PIB-od-lat-wy-korzystujemy-narzedzia-informatyki-do-wsparcia-dzialalnosci-medycznej,260043,11.html> (dostęp: 12.08.2024)



Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej (WIML) – to przykład podmiotu leczniczego gdzie zarządzanie opiera się na aktualnych i rzetelnych danych. Wdrożenie narzędzia klasy Business Intelligence, tj. systemu MyHospital od firmy SGA, umożliwia podnoszenie efektywności medycznej, ekonomicznej i organizacyjnej instytutu. WIML na bieżąco analizuje rozliczanie świadczeń medycznych do NFZ, realizację kontraktu oraz benchmarking z innymi placówkami medycznymi.



MEDINCUS – Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy – sieć placówek medycznych specjalizujących się w otolaryngologii, która wypracowała efektywny model organizacyjny oparty na standaryzacji procesów, silnym zapleczu IT oraz kompetencjach kadry kierowniczej m.in. w zakresie zarządzania projektami. Stosowany jest tam model centralnego wsparcia dla placówek terenowych, co pozwala im koncentrować się na działalności medycznej.



LUX-MED – w swoim modelu elastycznego zarządzania uwzględnia zmiany pokoleniowe stawiając na współpracę między pokoleniami X, Y i Z. Zespoły wielopokoleniowe to z jednej strony ogromny potencjał organizacji, z drugiej strony stanowią wyzwanie związane z różnymi oczekiwaniami, potrzebami oraz sposobami komunikacji pracowników. Świadomość różnorodności pokoleniowej w zarządzanej organizacji niewątpliwie ułatwia rozwiązywanie napięć i konfliktów wśród pracowników, zwłaszcza że występują one w każdej firmie, również w LUX-MED. Dzięki różnorodności pokoleniowej pracownicy mogą uczyć się od siebie wzajemnie i traktować siebie z należnym szacunkiem. Pokolenie Baby Boomersów daje młodszym pokoleniom przykład właściwej postawy wobec pracy i firmy. Millenialsi oswajają natomiast starsze pokolenie z nowinkami technologicznymi. Połączenie wartości różnych pokoleń, tj.: doświadczenia, kompetencji i wiedzy z młodzieńczą energią i kreatywnością mogą wzmacniać przewagę biznesową firmy.



Visual Management - przykładem zastosowania Visual Management (praktycznie w każdym szpitalu) jest oddzielenie stref „czystych” od stref „brudnych” na blokach operacyjnych poprzez zróżnicowanie kolorystyczne podłogi. Innym przykładem świadczącym o skuteczności VM jest system identyfikacji pacjentów (triage) zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). System ten oparty jest na zastosowaniu wizualizacji kolorystycznej w ramach pięciostopniowej skali, co pozwala na identyfikację pacjentów pod kątem pilności interwencji medycznej. W systemie triage kolor czerwony dedykowany jest pacjentom wymagającym natychmiastowego kontaktu z lekarzem. Kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut. Kolor żółty oznacza czas oczekiwania pacjenta na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut, kolor zielony – do 120 minut, zaś kolor niebieski - do 240 minut.

 **Dashboardy zarządcze** – coraz więcej szpitali korzysta z narzędzi Business Intelligence wspierających analizy danych i podejmowanie decyzji zarządczych. Rozwiązania te umożliwiają monitorowanie kluczowych wskaźników operacyjnych w czasie rzeczywistym oraz identyfikację procesów wymagających optymalizacji. W praktyce funkcję prostych dashboardów mogą pełnić również odpowiednio przygotowane arkusze kalkulacyjne, w tym standardowe narzędzia takie jak Microsoft Excel, które pozwalają na bieżącą analizę danych bez konieczności wdrażania zaawansowanych systemów informatycznych.

 **Standaryzacja kluczowych procedur administracyjnych** – Opracowanie jednolitych, prostych procedur dla najczęściej realizowanych procesów administracyjnych (np. obieg faktur, zamówienia, delegacje, urlopy, rozliczenia z NFZ). Standaryzacja ogranicza błędy, skraca czas realizacji zadań i ułatwia zastępowalność pracowników, szczególnie w sytuacji rotacji kadr.

 **Mapowanie procesów (process mapping) w wersji uproszczonej** – Narysowanie podstawowych map procesów (np. od przyjęcia pacjenta do rozliczenia świadczenia) nawet w formie prostych schematów w PowerPoint lub Excel. Pozwala to zidentyfikować wąskie gardła, zbędne kroki i miejsca generujące opóźnienia, bez konieczności wdrażania zaawansowanych narzędzi informatycznych.

 **Regularne krótkie spotkania operacyjne** – Wprowadzenie cyklicznych, krótkich spotkań zespołów (np. 15 minut raz w tygodniu), skoncentrowanych na bieżących problemach, ryzykach i priorytetach. Praktyka ta poprawia komunikację między działami, ogranicza eskalację problemów i wzmacnia poczucie współodpowiedzialności.

 **Jednolity kalendarz kluczowych terminów** – Utworzenie wspólnego kalendarza obejmującego istotne terminy (rozliczenia z NFZ, kontrole, raporty, audyty, przetargi, obowiązki sprawozdawcze). Nawet proste narzędzie (np. współdzielony kalendarz Outlook czy MS Teams) pozwala ograniczyć ryzyko opóźnień i pracy „pod presją czasu”.



Checklisty dla procesów wysokiego ryzyka – Wprowadzenie list kontrolnych dla procesów generujących największe ryzyka (np. przetargi, umowy, rozliczenia świadczeń, raportowanie danych). Checklisty zwiększają bezpieczeństwo operacyjne, zmniejszają liczbę pomyłek i nie wymagają dodatkowych nakładów finansowych.



Wewnętrzne bazy wiedzy – Tworzenie prostych zestawień najczęściej popełnianych błędów, problemów i dobrych rozwiązań (np. po kontrolach, audytach, projektach). Dostęp do takich materiałów ułatwia uczenie się organizacji na własnych doświadczeniach i zapobiega powtarzaniu tych samych problemów.



Proste mierniki efektywności procesów – Wprowadzenie niewielkiej liczby łatwych do zmierzenia wskaźników (np. czas obiegu dokumentów, liczba korekt faktur, terminowość rozliczeń). Nawet podstawowe KPI pozwalają monitorować trendy i reagować zanim pojawią się poważne problemy.



Formalizacja kanałów zgłaszania usprawnień – Stworzenie prostego mechanizmu zgłaszania pomysłów usprawniających pracę (np. formularz, skrzynka pomysłów, dedykowany adres e-mail). Angażuje to pracowników w proces doskonalenia i wzmacnia kulturę ciągłego usprawniania.

Wszystkie powyższe przykłady potwierdzają, że elastyczne zarządzanie nie jest zarezerwowane wyłącznie dla placówek prywatnych czy dużych jednostek klinicznych. Może być skutecznie wdrażane w różnych warunkach organizacyjnych, niezależnie od skali i profilu podmiotu, o ile towarzyszy mu świadome przywództwo oraz strategiczne podejście do zmian. Co istotne, część zaprezentowanych dobrych praktyk może zostać wprowadzona niemal „od zaraz”, bez konieczności ponoszenia znaczących nakładów finansowych czy wdrażania zaawansowanych systemów informatycznych.

Warto również podkreślić, że większość opisanych rozwiązań jest spójna z ideą zarządzania jakością w ochronie zdrowia i naturalnie wpisuje się w procesy jej wdrażania. Oparte są one na porządkowaniu procesów, poprawie komunikacji, wykorzystaniu danych oraz budowaniu kultury współpracy i odpowiedzialności. To właśnie takie, stopniowe działania – realizowane małymi krokami – pozwalają konsekwentnie zbliżyć się do celu, jakim jest system ochrony zdrowia bardziej uporządkowany, przejrzysty i przyjazny zarówno dla pacjentów, jak i dla pracowników.



WNIOSKI I DALSZE KROKI

Na podstawie przeprowadzonego badania oraz analizy doświadczeń z ponad 100 publicznych podmiotów leczniczych w Polsce, doszliśmy do jednoznacznego wniosku: szpitalnictwo publiczne wymaga pilnej zmiany w podejściu do zarządzania. Nie chodzi wyłącznie o kwestie technologiczne, ale przede wszystkim o kulturę organizacyjną, kompetencje zespołów oraz sposób podejmowania decyzji.

Zebrane odpowiedzi i dane ujawniają szereg powtarzalnych wyzwań, które mają charakter systemowy, a nie jednostkowy. Braki personelu medycznego, niezadowolenie personelu administracyjnego, rosnące koszty i problemy finansowe, trudności z wdrażaniem EDM, niska przejrzystość procesów, brak wsparcia dla nowych pracowników, niedobór kompetencji cyfrowych oraz marginalizacja jakości zarządzania – to elementy, które pojawiają się w niemal każdym badanym szpitalu.

Niestety, zauważone przez menedżerów ochrony zdrowia problemy i wyzwania w pełni pokrywają się ze spostrzeżeniami innych ekspertów z zakresu ekonomii, zarządzania, prawa, medycyny, socjologii czy etyki. Nawet te jednostki, które w chwili obecnej cieszą się dobrą sytuacją i oceną muszą się liczyć z koniecznością wprowadzania daleko idących zmian. Wynikają one nie tylko z postępu medycyny i technologii, ale także z rosnących oczekiwań pacjentów. Dodatkowym źródłem zmian będzie też prawo i zmiany, które w nim zachodzą. Obecnie wprowadzane zmiany w prawie pracy mogą być jedynie porównywalne z wprowadzeniem Kodeksu Pracy 50 lat temu. Te nowe uwarunkowania mogą być źródłem nowych gigantycznych problemów, ale mogą okazać się bardzo pomocne w rozwiązywaniu wielu problemów ochrony zdrowia, które dotychczas w oczach praktyków były nierozwiązywalne.

Widzimy jednak, że wiele z tych problemów można rozwiązać – często bez konieczności dodatkowego finansowania. Potrzebne są: zaangażowane przywództwo, kompetentne zespoły, narzędzia wspierające oraz przejrzyste procedury. Dlatego wierzymy, że elastyczne zarządzanie nie jest utopią, ale realną szansą na poprawę funkcjonowania szpitali w obecnych, trudnych warunkach.

W tym kontekście szczególne znaczenie ma rola organizacji środowiskowych, takich jak STOMOZ, NIL, WIL. To właśnie one mogą stać się rzecznikiem zmian, reprezentując interesy menedżerów i pracowników ochrony zdrowia wobec instytucji publicznych, inicjując zmiany legislacyjne oraz promując dobre praktyki. Chcemy, aby niniejszy raport stał się narzędziem wspierającym te działania.

Na podstawie naszych analiz proponujemy następujące dalsze kroki:

-  Upowszechnienie (opublikowanie) wyników raportu;
-  Włączenie rekomendacji do działań rzeczniczych współpracujących uczelni;
-  Opracowanie wzorcowych planów wdrożeniowych;
-  Zaprojektowanie pogłębionego badania jakościowego.

Publikacja tego raportu to dla nas nie koniec, lecz początek. Wierzimy, że wspólnym wysiłkiem – środowiska menedżerów, organizacji branżowych, instytucji publicznych i uczelni – możemy stworzyć bardziej elastyczny, odporny i nowoczesny system zarządzania podmiotami publicznymi w ochronie zdrowia.



STRESZCZENIE ZARZĄDCZE (EXECUTIVE SUMMARY)

Raport „7 wyzwań i 7 rozwiązań: Elastyczne zarządzanie w publicznych podmiotach leczniczych” powstał w oparciu o badanie przeprowadzone wśród ponad 100 menedżerów publicznych szpitali z całej Polski. Celem analizy było zidentyfikowanie głównych barier utrudniających efektywne zarządzanie oraz wskazanie praktycznych działań, które mogą być wdrożone w różnych typach placówek – niezależnie od ich wielkości, lokalizacji czy poziomu referencyjności.

W raporcie zdiagnozowano siedem kluczowych wyzwań zarządczych:

- 1 > Braki kadrowe wśród personelu medycznego**
- 2 > Problemy z utrzymaniem nowo zatrudnionych pracowników**
- 3 > Brak rozwiązań w zakresie zarządzania jakością i kontroli wewnętrznej**
- 4 > Niedoceniony personel administracyjny**
- 5 > Brak środków na podwyżki wynagrodzeń**
- 6 > Trudności we wdrożeniu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM)**
- 7 > Brak transparentności procedur administracyjnych**

Każde z wyzwań zostało omówione wraz z rekomendacją opartą na wynikach badania ankietowego, danych z pracy dyplomowej oraz przykładach dobrych praktyk. Proponowane rozwiązania obejmują działania niskonakładowe, możliwe do wdrożenia lokalnie (np. mentoring, mapowanie procesów), jak i postulaty systemowe (np. centra wsparcia EDM; dofinansowane z budżetu państwa programy szkoleń cyfrowych; czy rozgraniczenie wyceny punktu za procedurę medyczną od środków publicznych, dedykowanych na pokrycie kosztów związanych z ustawowym wzrostem minimalnego wynagrodzenia pracowników medycznych „tzw. lipcowe podwyżki”).

Raport kierujemy do kadry zarządzającej szpitalami, samorządów, instytucji centralnych oraz organizacji branżowych takich jak STOMOZ. Wierzimy, że przedstawione rekomendacje mogą stanowić inspirację oraz realne wsparcie w procesie transformacji podmiotów publicznych – w kierunku większej efektywności, elastyczności i odporności organizacyjnej.



Think Tank
dla ochrony zdrowia