

Mgr Agata Michalak

Wybrane aspekty zarządzania szpitalami klinicznymi w Polsce

Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne

Promotor: dr hab. med. Szczepan Cofta



Kolegium Nauk Medycznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, 2022

Serdecznie dziękuję mojemu Promotorowi, dr hab. med. Szczepanowi Cofcie, za umożliwienie mi rozwoju naukowego oraz inspirowanie do podejmowania nowych wyzwań.

Dziękuję również Dyrektorom szpitali klinicznych z całej Polski, za okazywaną na każdym kroku życzliwość, która umożliwiła mi zrealizowanie badań do niniejszej pracy doktorskiej.

Niniejszą pracę dedykuję mojej Rodzinie.

1. Spis treści

1. Spis treści	3
2. Wstęp.....	6
3. Podstawowe akty prawne regulujące działalność podmiotów leczniczych	8
4. Organy inicjujące i opiniotwórcze	10
5. Struktura szpitalnictwa.....	12
6. Zarys historyczny funkcjonowania szpitali klinicznych w systemie ochrony zdrowia.....	14
7. Prezentacja charakterystyki szpitali klinicznych	20
8. Kadra zarządzająca w szpitalach klinicznych	24
9. Omówienie wybranych aspektów zarządzania szpitalami klinicznymi.....	26
9.1. Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym	26
9.2. Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym	27
9.3. Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym.....	28
9.4. Strategia komunikacji zewnętrznej	35
9.5. Strategia komunikacji wewnętrznej	37
9.6. Jakość w szpitalu klinicznym.....	40
9.7. Finansowanie szpitali w Polsce oraz sytuacja finansowa szpitali	44
9.8. Nauka w szpitalu klinicznym	47
9.9. Dydaktyka w szpitalu klinicznym.....	51
10. Cel pracy.....	55
11. Materiał i metody.....	56
12. Wyniki badania ankietowego.....	63
12.1. Charakterystyka badanej grupy	63
12.2. Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym	65
12.3. Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym	70
12.4. Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym	74
12.5. Narzędzia wykorzystywane do zarządzania organizacją.....	80
12.6. Strategia komunikacji wewnętrznej	86
12.7. Strategia komunikacji zewnętrznej	91
12.8. Jakość w szpitalu klinicznym	93
12.9. Sytuacja finansowa szpitala	102
12.10. Nauka w szpitalu klinicznym.....	103
12.11. Dydaktyka w szpitalu klinicznym.....	106
12.12. Prognoza długoterminowa	111
13. Wyniki wywiadów pogłębionych	114
13.1. Specyfika zarządzania szpitalem klinicznym	114
13.2. Uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne wpływające na zarządzanie.....	116
13.3. Jakość w szpitalu klinicznym	122
13.4. Badania kliniczne w szpitalu klinicznym	123
13.5. Dydaktyka w szpitalu klinicznym.....	124
13.6. Analiza długoterminowa.....	125

14. Wyniki analiz statystycznych	126
15. Dyskusja.....	130
15.1 Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym	130
15.2. Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym	131
15.3. Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym	132
15.4. Narzędzia wykorzystywane do zarządzania organizacją.....	134
15.5. Strategia komunikacji wewnętrznej	135
15.6. Strategia komunikacji zewnętrznej	137
15.7. Jakość w szpitalu klinicznym	138
15.8. Sytuacja finansowa szpitali.....	140
15.9. Nauka w szpitalu klinicznym.....	140
15.10. Dydaktyka w szpitalu klinicznym.....	140
15.11. Prognoza długoterminowa	141
16. Wnioski.....	143
17. Streszczenie	145
17.1. Streszczenie w języku polskim	145
17.2. Streszczenie w języku angielskim	147
18. Spis rycin	149
19. Spis tabel.....	152
20. Bibliografia	153
20.1. Wykaz pozycji zwartych.....	153
20.2. Wykaz pozycji artykułowych	155
20.3. Wykaz materiałów źródłowych	157
20.4. Wykaz aktów prawnych.....	158
20.5. Wykaz stron internetowych	160
21. Spis załączników.....	162
21.1. Załącznik nr 1	163
21.2. Załącznik nr 2	180
21.3. Załącznik nr 3	181
21.4. Załącznik nr 4	192
21.5. Załącznik nr 5	202
21.6. Załącznik nr 6	214

Wykaz skrótów

1. Akty prawne

Kodeks pracy – ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320)

Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.

UOA – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia

UODL – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

UZOZ –ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej

2. Osoby, instytucje, organizacje

CMJ – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

GUS - Główny Urząd Statystyczny

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

PUSK – Polska Unia Szpitali Klinicznych

3. Inne skróty

IDI – pogłębiony wywiad indywidualny (ang. *individual depth interview*)

RPWDL – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą

SPSZ – System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych

2. Wstęp

Szpitaly kliniczne w Polsce, jako podmioty lecznicze, których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna¹, są szczególnymi organizacjami, powołanymi nie tylko w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, ale i po to, by prowadzić w nich naukę i dydaktykę.

Misja Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu², w którym Autorka pracy ma zaszczyt pracować: *Salus aegroti, educatio, scientia*, w pełni oddaje ideę funkcjonowania szpitala klinicznego w Polsce. Zawarty w motcie przekaz: zdrowie pacjenta, edukacja i nauka, to trzy obszary działalności szpitala klinicznego, do których został powołany. Połączenie tych elementów w całość powoduje, że zarządzanie szpitalem klinicznym jest procesem skomplikowanym, wydaje się bardziej złożonym niż innych podmiotów leczniczych, a zgłębienie specyfiki szpitala klinicznego w kontekście zarządzania oraz wpływu poszczególnych jego obszarów działalności na zarządzanie jest zadaniem niezwykle trudnym i wymagającym.

Zgodnie ze słowami P. Druckera – międzynarodowego eksperta w dziedzinie zarządzania - zarządzanie sektorem ochrony zdrowia jest najtrudniejszym, najbardziej chaotycznym i najbardziej złożonym sektorem gospodarki. Natomiast szpitale w jego opinii są to „najbardziej złożone organizacje, jakie kiedykolwiek stworzył człowiek”.³

Skomplikowany, wielofunkcyjny charakter podkreśla również M. Urbaniak wskazując na ważną rolę szpitali klinicznych, które nie tylko pełnią rolę szpitali prowadzących działalność terapeutyczną, badawczą oraz dydaktyczną, ale są również jednostkami szkolącymi studentów, prowadzącymi staże przed i podyplomowe i świadczą usługi z zakresu konsultacji specjalistycznych⁴.

¹ Art. 6 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

² Od 1 stycznia 2022 r. Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu połączony został ze Szpitalem Klinicznym im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu przyjmując nazwę Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego.

³ P. Drucker, *Managing into the Next Society*, New York 2002, za: D. Walkowiak, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalu klinicznym – wybrane zagadnienia, problem i wyzwania*, [w:] *Zarządzanie szpitalem klinicznym* (red.) M. Urbaniak, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2020.

⁴ M. Urbaniak, *The legal basis for the functioning of teaching hospitals in Poland: selected issues*, J. Med. Sci Vol. 86, nr 2, s. 167, 2017.

W opinii Najwyższej Izby Kontroli efektywne funkcjonowanie szpitali klinicznych powinno zasadzać się na trzech głównych elementach: zatrudnieniu pracowników o najwyższych kompetencjach zawodowych; priorytetowo traktowanej działalności dydaktycznej i naukowej; zdolności do wykonywania wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.⁵

Biorąc pod uwagę zatem zarówno cele, jakimi winien kierować się zarządzający szpitalem, ale i złożoność szpitalnego organizmu, badanie tego wielowątkowego, złożonego zagadnienia jest niezwykle interesujące z punktu widzenia badacza.

Ponadto - biorąc pod uwagę brak literatury przedmiotu w kontekście działalności szpitali klinicznych - pogłębiona analiza i prowadzona refleksja w tym zakresie mogą okazać się niezwykle cennym źródłem informacji.

⁵Raport NIK *Funkcjonowanie szpitali klinicznych*, Warszawa 2015 r., s. 6.

3. Podstawowe akty prawne regulujące działalność podmiotów leczniczych

Zgodnie z art. 68 pkt.1. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁶ (zwanej dalej Konstytucją RP) „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia” oraz pkt. 2 wskazuje „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Ustawą regulującą kwestie związane z finansowaniem ochrony zdrowia jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷. Ustawa ta określa warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, zasady i tryb udzielania świadczeń oraz zakres kompetencji poszczególnych władz publicznych w zakresie równego dostępu do świadczeń.

Kwestię organizacji świadczeń w kontekście świadczeniodawców reguluje ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (zwanej dalej UODL), która wskazuje m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej oraz zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, a także kwestie związane z prowadzeniem rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Odnosi się również do norm czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, a także zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Zgodnie z ww. aktami prawnymi szpital jako podmiot leczniczy jest podmiotem udzielającym stacjonarnie i całodobowo świadczeń zdrowotnych.⁸ Wprowadzona w kwietniu 2017 r. nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych⁹ powołała tzw. sieć szpitali czyli system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (zwany dalej SPSZ), który został wprowadzony w celu usprawnienia leczenia pacjentów. W opinii ustawodawcy miała ona poprawić organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483, z późn. zm.).

⁷ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

⁸ Art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633).

⁹ Nowelizacja ustawy z 27 kwietnia 2008 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.).

przez szpitale oraz przychodnie przyszpitalne, a także poprawić dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego w szpitalach. Ponadto w ocenie Ministerstwa Zdrowia zmiana miała zoptymalizować liczbę oddziałów specjalistycznych i umożliwić lepszą koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych, a także ułatwić zarządzanie szpitalami.¹⁰ Szczegółowe kwestie związane z kwalifikacją do sieci szpitali reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeń do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej¹¹ wspólnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.¹²

Zgodnie z UODL, podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może być, w szczególności minister, centralny organ administracji rządowej, jednostka samorządu terytorialnego czy uczelnia medyczna. W przypadku szpitali klinicznych podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna.

¹⁰ www.siecszpitali.mz.gov.pl dostęp 26.12.2019.

¹¹ Rozporządzenie z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeń do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej Dz.U. 2017 poz. 1163.

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej Dz.U. 2017 poz. 1783.

4. Organy inicjujące i opiniotwórcze

W szpitalach klinicznych działają organy inicjujące i opiniotwórcze, które wpływają w różnej mierze na zarządzanie. Zgodnie z art. 48 UODL w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorstwem działa rada społeczna.

Rada społeczna posiada rolę inicjującą i opiniodawczą podmiotu tworzącego oraz doradcą dla kierownika podmiotu leczniczego.

Do zadań rady społecznej należy:

- 1) przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach:
 - a) zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
 - b) związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,
 - c) przyznawania kierownikowi nagród,
 - d) rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z kierownikiem;
- 2) przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach:
 - a) planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - b) rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - c) kredytów bankowych lub dotacji,
 - d) podziału zysku,
 - e) zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
 - f) regulaminu organizacyjnego;
- 3) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów,
z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
- 4) opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej;
- 5) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie.¹³

Jak można sądzić rada społeczna w zamierzeniu ustawodawcy miała pełnić

¹³ Art. 48 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633).

rodzaj publicznej kontroli nad zarządzaniem instytucjami opieki zdrowotnej i jest ona w części odpowiednikiem – przynajmniej w obszarze intencjonalnym twórców przepisów regulujących funkcjonowanie podmiotów leczniczych – rady nadzorczej¹⁴.

Z uwagi na to, że zgodnie z UODL uczelnia medyczna ma możliwość powoływania organów działających na terenie szpitala w niektórych ośrodkach akademickich rektor powołał organy doradcze. Przykładem może być Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Zgodnie ze statutem Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w podmiotach leczniczych utworzonych przez Uniwersytet działa rada klinicystów oraz pełnomocnik rektora ds. szpitala klinicznego. W skład rady klinicystów wchodzi dyrektorzy instytutów oraz kierownicy lub pełniący obowiązki kierowników katedr i klinik zlokalizowanych w szpitalu klinicznym oraz kierownicy katedr i zakładów działających usługowo w tym szpitalu klinicznym. Kompetencje rady klinicystów oraz zasady działania rady określa rektor. W posiedzeniu rady klinicystów uczestniczy dyrektor szpitala¹⁵.

¹⁴ R. Staszewski, M. Kautsch., E. Woderska., *Funkcjonowanie i znaczenie rad społecznych w zarządzaniu publicznymi szpitalami*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” t. XIII, nr 5, s.23-41.

¹⁵ Statut Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Załącznik do uchwały nr 347/2020 Senatu UMP z dnia 2 grudnia 2020 r.

5. Struktura szpitalnictwa

Według danych Ministerstwa Zdrowia¹⁶ w Polsce na koniec 2020 r. funkcjonowało 575 szpitali publicznych udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Wśród nich:

- samodzielne publiczne zakłady zdrowotne – 428,
- instytuty badawcze – 14,
- spółki kapitałowe – 133.

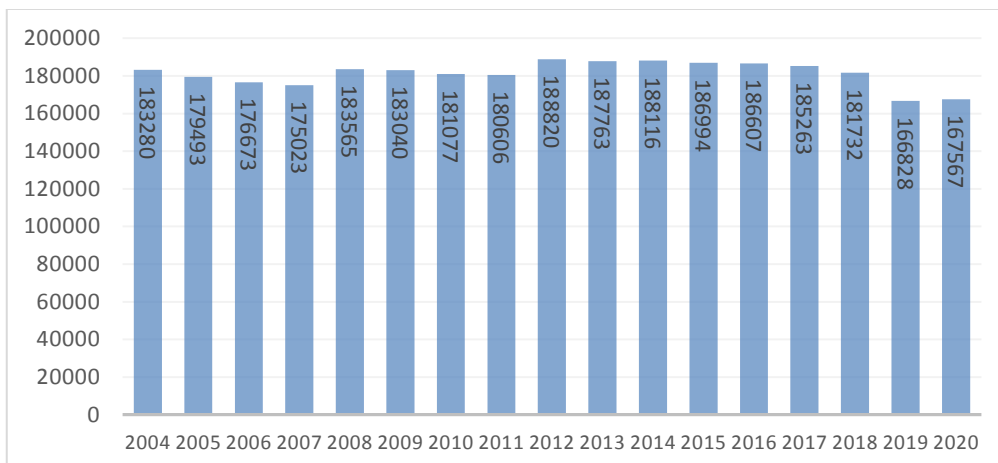
Biorąc pod uwagę podmiot tworzący wśród wyżej wymienionych szpitali można wyodrębnić:

- powiaty- 255,
- samorządy województw- 175,
- miasta na prawach powiatu- 46,
- podmioty gminne – 13,
- uczelnie medyczne – 38,
- Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Obrony Narodowej lub Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji – 48.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (zwanego dalej GUS) w 2020 r. zarejestrowanych było 167 567 łóżek szpitalnych zlokalizowanych na 7 190 oddziałach szpitalnych¹⁷. Na rycinie nr 1 zaprezentowano liczbę zarejestrowanych łóżek szpitalnych w latach 2004 – 2020.

¹⁶ Dane Ministerstwa Zdrowia zawarte w uzasadnieniu do projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa z dnia 29 grudnia 2021 r.

¹⁷ Dane Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie sprawozdań MZ-29.

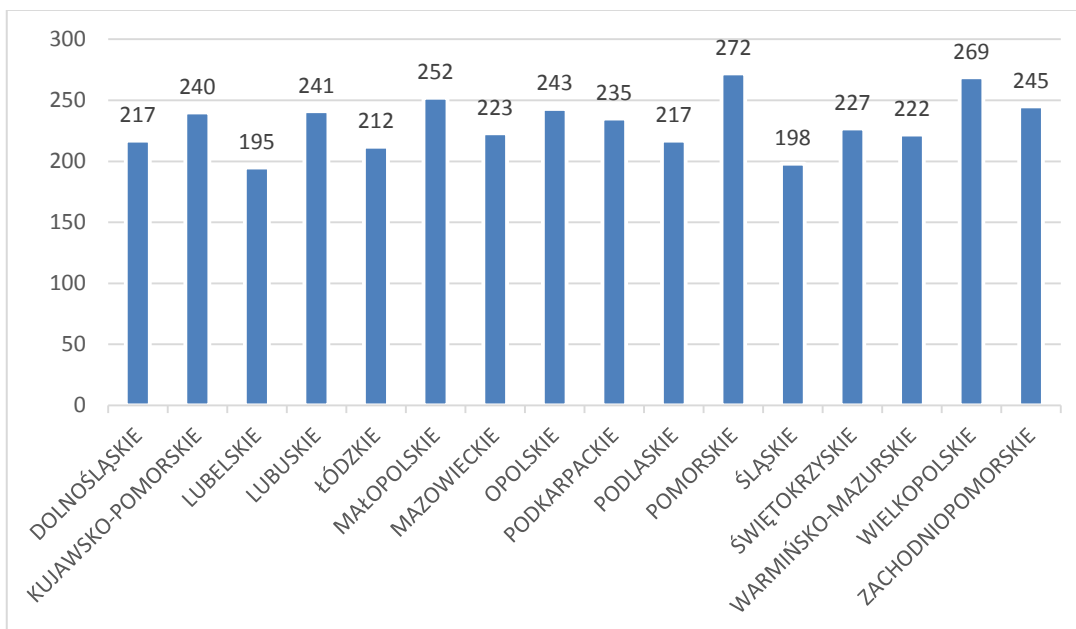


Rycina 1. Liczba łóżek szpitalnych w Polsce ogółem w latach 2004-2020

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Jak wynika z zaprezentowanych danych liczba zarejestrowanych łóżek szpitalnych w Polsce na przestrzeni lat 2004 - 2020 zmieniała się, osiągając w 2020 r. liczbę mniejszą o 15 713 łóżek w stosunku do roku 2004.

Na rycinie nr 2 ukazano liczbę łóżek w 2020 r. na 100 tys. mieszkańców z podziałem na poszczególne województwa.



Rycina 2. Wskaźnik liczby łóżek w szpitalach ogólnopolskich na liczbę mieszkańców w 2020 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Według danych GUS najwyższy wskaźnik liczby łóżek na liczbę mieszkańców notuje Województwo: Pomorskie (272), Wielkopolskie (269) i Małopolskie (252)¹⁸.

Rozmieszczenie szpitali w poszczególnych województwach ma swoją genezę polityczną, ale i historyczną. Największe skupisko szpitali, głównie zabiegowych, a tym samym i łóżek szpitalnych, znajduje się na zachodnich obrzeżach kraju. Miały one stanowić podstawę zabezpieczenia medycznego dla wojsk dawnego Układu Warszawskiego na wypadek konfliktu zbrojnego z państwami NATO¹⁹.

Średnia populacja objęta opieką przez jeden szpital w Polsce to mniej niż 50 tys. mieszkańców, natomiast z doświadczeń krajów zachodnioeuropejskich wynika, że jeden wieloprofilowy szpital powinien przypadać na 150-250 tys. mieszkańców²⁰.

6. Zarys historyczny funkcjonowania szpitali klinicznych w systemie ochrony zdrowia

Szpitaly kliniczne są jednostkami utworzonymi przez uczelnie medyczne. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej za uczelnię medyczną uznaje się publiczną uczelnię medyczną albo publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Zgodnie z art. 6 ust. 6 ww. ustawy uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej, stosownie zaś do art. 2 ust. 1 pkt 6 ww. ustawy podmiot tworzący to podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej.

W kontekście umiejscowienia szpitali klinicznych w tzw. sieci szpitali, zgodnie z regulacjami zawartymi w art. 95 m ust. 2 pkt 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów

¹⁸ GUS: Podstawowe dane o szpitalach na podstawie spr. MZ-29 za 2020 r.

¹⁹ <https://www.termedia.pl/mz/Duzo-lozek-szpitalnych-za-duzo,33181.html>, dostęp 02.05.2020.

²⁰ P. Magdziarz, *Kontrola dyrektora*, „Menedżer zdrowia”, nr 11-12/2021, s. 39.

kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, szpitale kliniczne zostały wskazane jako szpitale ogólnopolskie.

W Polsce brak jest przepisów, które w sposób kompleksowy odrębnie regulowałyby kwestię funkcjonowania szpitali klinicznych w całym systemie ochrony zdrowia.²¹

Szpitala kliniczne zostały włączone do systemu ochrony zdrowia w latach 90-tych ubiegłego wieku, w momencie wprowadzanych zmian w systemie. Nastąpiło przekształcenie ich z jednostek budżetowych znajdujących się w strukturach uczelni medycznych na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stosownie do przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej²². Następnie zarządzeniami Ministra Zdrowia i Spraw Społecznych wprowadzone zostało usamodzielnienie szpitali klinicznych poprzez nadanie im osobowości prawnej, a poprzez wprowadzoną zmianę do ustawy²³ funkcję organu założycielskiego dla szpitali klinicznych zaczął pełnić Minister Zdrowia i Spraw Społecznych²⁴.

Takie unormowanie stanu prawnego miało na celu sprowokowanie ustalenia zasad współpracy pomiędzy uczelnią medyczną a szpitalem klinicznym poprzez zawieranie między podmiotami umowy cywilnoprawnej. Jednakże i ten stan prawny uległ zmianie po pewnym czasie – w latach 1999 – 2001, gdyż ponownie powrócono do stanu podległości szpitala klinicznego pod uczelnię medyczną. Dokonało się to w lipcu 2001 r.²⁵.

Regulacje związane ze szpitalami klinicznymi historycznie zawarte były w ustawie z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznej służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia²⁶. Art. 5 tej ustawy wskazuje, iż szpitale kliniczne to szpitale, w których wszystkie - bądź większość - oddziałów użytkuje się na cele klinik

²¹ M. Urbaniak, *Miejsce szpitala klinicznego w systemie ochrony zdrowia*, [w:] M. Urbaniak (red.) *Zarządzanie szpitalem klinicznym*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2020.

²² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.)

²³ Zmiana dokonana na mocy ustawy z dnia 10 grudnia 1998 r. o zmianie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz o zmianie niektórych innych ustaw – Dz. U. Nr 162, poz. 1115, z dniem 30 grudnia 1998 r.

²⁴ Raport NIK *Funkcjonowanie szpitali klinicznych*, Warszawa 2015.

²⁵ Ibidem.

²⁶ Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce. w służbie zdrowia, Dz. U. 1948 Nr 55 poz. 434.

szkół wyższych. Szpitale w świetle ww. ustawy pełniły jednocześnie zadania tożsame z zadaniami szpitali wojewódzkich, które zgodnie z art. 3 ustawy²⁷ były zakładami leczniczymi, które miały obsługiwać obszar co najmniej jednego województwa.

Wyżej wskazany stan prawny funkcjonował aż do roku 1991 r. kiedy to uchwalono ustawę o zakładach opieki zdrowotnej²⁸ (zwanej dalej UZOZ).

Zgodnie z art. 1 ust.1 UZOZ zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Zakład opieki zdrowotnej może być również utworzony i utrzymywany w celu:

- 1) prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia;
- 2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

Zakłady opieki zdrowotnej w świetle UZOZ uczestniczą w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach.²⁹

Następnym aktem prawnym, który zastąpił ustawę o zakładach opieki zdrowotnej była ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (zwana dalej UODL)³⁰. Zgodnie z intencją inicjatora ustawy zawartą w uzasadnieniu³¹ zmiana najważniejszego aktu prawnego podyktowana była brakiem w opinii inicjatora pełnego zabezpieczenia prawa do ochrony zdrowia. Inicjator ustawy wskazuje dalej: „Konieczne jest także ustanowienie ram ustawodawczych dla takiej organizacji systemu ochrony zdrowia, który pozwoli na rzeczywistą realizację tychże świadczeń zdrowotnych.” Ponadto w uzasadnieniu zdefiniowano obecne na tamten czas problemy ochrony zdrowia: „Polski system ochrony zdrowia od wielu lat przeżywa poważne trudności, a głównymi przyczynami tego stanu są:

²⁷ Ibidem.

²⁸ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, (Dz. U. 2007 Nr 14 poz. 89 t.j.)

²⁹ Ibidem.

³⁰ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633).

³¹ Druk 3489 projektu ustawy o działalności leczniczej.

[http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/\\$file/3489.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/$file/3489.pdf) dostęp 8.11.2020.

- 1) ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej,
- 2) niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej,
- 3) ograniczona odpowiedzialność podmiotów tworzących za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej”³²

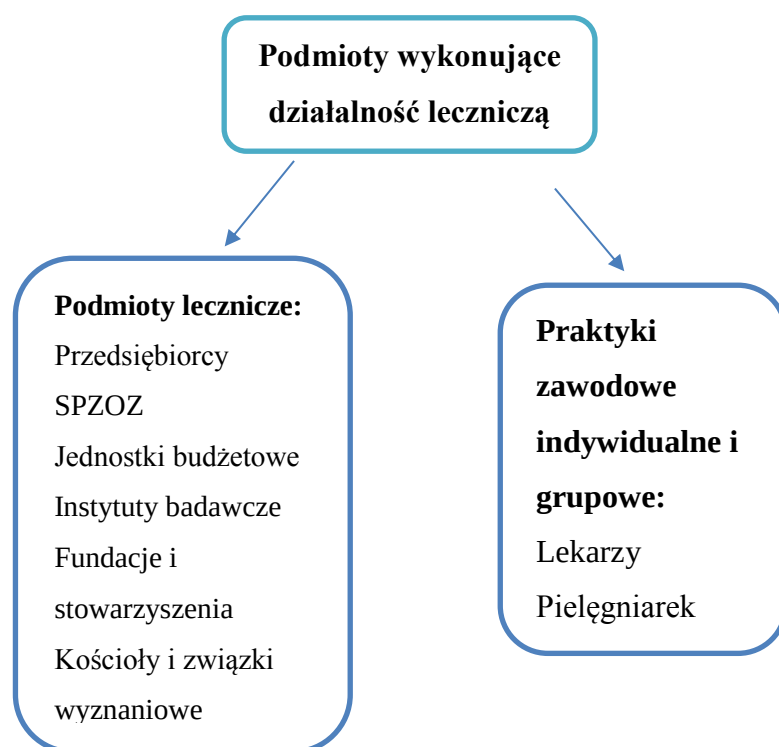
Zgodnie z obowiązującą wcześniej ustawą o zakładach opieki zdrowotnej świadczenia mogły udzielać:

1. zakłady opieki zdrowotnej (publiczne i niepubliczne);
2. indywidualne praktyki medyczne (lekarskie, pielęgniarskie, położnych);
3. grupowe praktyki medyczne (lekarskie, pielęgniarskie, położnych), w formie spółki cywilnej lub partnerskiej.

Wśród nowych definicji, które pojawiły się w UODL (zawarte w art. 2 UODL) znalazły się definicja: podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, podmiotu wykonującego działalność leczniczą, podmiotu tworzącego. Ustawodawca definiuje również w ustawie (art. 3 UODL) działalność leczniczą jako udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale również promocję zdrowia, realizację zadań dydaktycznych i badawczych.

Ustawa wprowadziła bardzo ważne pojęcia odnoszące się do świadczeniodawców, a mianowicie: podmioty lecznicze oraz podmioty wykonujące działalność leczniczą.

³² M. Dercz T. Rek., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. III, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.



Rycina 3. Podział podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Źródło: K. Nowosielska, *Podmiot leczniczy - szeroka definicja, ale musi udzielać świadczeń medycznych*, www.prawo.pl, dostęp 14.11.2020 r.

Drugie ze wskazanych pojęć zawiera w sobie i podmioty lecznicze, ale i prywatne praktyki zawodowe.

Działalność lecznicza stanowi działalność regulowaną, rozumianą, w świetle ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców³³ (Dz. U. z 2021 r. poz. 162), jako działalność gospodarczą, której wykonywanie wymaga spełnienia szczególnych warunków.

Ponadto, zgodnie z regulacjami UODL, prowadzenie działalności regulowanej wymaga uzyskania wpisu do rejestru działalności regulowanej, którym dla podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych jest rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zastąpił on dotychczas funkcjonujące rejestry praktyk oraz rejestr zakładów opieki zdrowotnej, które zostały w ten sposób zintegrowane. Prowadzenie nowego rejestru, w zakresie dotyczącym podmiotów leczniczych, powierzono wojewodom,

³³ Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162).

a w odniesieniu do praktyk zawodowych, odpowiednio, okręgowym radom lekarskim lub okręgowym radom pielęgniarek i położnych.³⁴ W UODL jasno wskazane zostało, iż każdorazowo, gdy wskazywany jest zakład opieki zdrowotnej, mowa jest o podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Rezygnacja z pojęcia „zakładu opieki zdrowotnej” była spowodowana zwłaszcza jego niejasnym statusem prawnym, co powodowało w praktyce wątpliwości interpretacyjne³⁵.

Choć w UODL nadal pojawia się sformułowanie „zakład opieki zdrowotnej”, jednak ustawodawca stosuje je w oderwaniu od przywołanej wyżej definicji, w nazwie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który obecnie posiada status podmiotu leczniczego. Szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, hospicja stacjonarne i inne rodzaje placówek ochrony zdrowia nie są już zakładami opieki zdrowotnej, jak miało to miejsce w dotychczasowych regulacjach, lecz stanowią przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych. Pomimo pozostawienia w UODL terminu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, ustawa nie przewiduje możliwości tworzenia nowych placówek tego typu, a jej przepisy sprzyjają ich przekształcaniu w spółki kapitałowe. Obecnie Skarb Państwa oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze wyłącznie w formie spółki kapitałowej (spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej) lub jednostki budżetowej³⁶

³⁴ L. Pawłowski, *Wybrane aspekty wykonywania działalności leczniczej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku —wyjaśnienie podstawowych pojęć*, [w:] Forum Medycyny Rodzinnej 2011, tom 5, nr 6, 509–515.

³⁵ Druk 3489 projektu ustawy o działalności leczniczej, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/\\$file/3489.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/$file/3489.pdf) dostęp 8.11.2020.

³⁶ L. Pawłowski, op.cit.

7. Prezentacja charakterystyki szpitali klinicznych

Szpitala kliniczne w Polsce powstały na bazie 14 uczelni medycznych:³⁷

1. Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku;
2. Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego;
3. Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
4. Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;
5. Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
6. Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
7. Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;
8. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
9. Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu;
10. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie;
11. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy;
12. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie Collegium Medicum;
13. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie;
14. Uniwersytetu Opolskiego.

W Polsce według danych Ministerstwa Zdrowia na dzień 31.12.2019 r. funkcjonowało 38 szpitali klinicznych. Spis szpitali wraz ze wskazaniem podmiotu tworzącego oraz liczbą łóżek według stanu na dzień 31.12.2019 r. zaprezentowano w tabeli nr 1

Tabela 1. Spis szpitali klinicznych wraz z podmiotami tworzącymi oraz liczbą łóżek (stan na dzień 31.12.2019 r.)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku		
1	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. I. Zamenhofs w Białymstoku	311
2	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	897
Gdański Uniwersytet Medyczny		
3	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	1139
4	Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej	81
Śląski Uniwersytet medyczny w Katowicach		
5	Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu	404

³⁷ Dane uzyskane z Ministerstwa Zdrowia w ramach dostępu do informacji publicznej.

	Medycznego w Katowicach	
6	Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	699
7	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	653
8	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	35 1
9	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	344
Uniwersytet Medyczny w Lublinie		
10	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie	509
11	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie	411
12	Stomatologiczne Centrum Kliniczne Uniwersytetu Medycznego w Lublinie	0
13	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	898
Uniwersytet Medyczny w Łodzi		
14	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów	602
15	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	833
16	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	296
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu		
17	Ginekologiczno - Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	397
18	Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	243
19	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	462
20	Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	595
21	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	462
22	Samodzielny Publiczny Zakład Zaopatrzenia Ortopedycznego w Poznaniu w likwidacji	0
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie		

23	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie	821
24	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	423
Warszawski Uniwersytet Medyczny		
25	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	2028
26	Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie	52
27	Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej	273
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu		
28	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	1492
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie		
29	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. w. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	276
30	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	380
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy		
31	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. a. Jurasza w Bydgoszczy	903
32	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy	570
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie Collegium Medicum		
33	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	1350
34	Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem	132
35	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	462
36	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecka klinika Stomatologiczna w Krakowie	0
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie		
37	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	188
Uniwersytet Opolski		
38	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu	405
	Suma	20 330

Zródło: Opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach dostępu do informacji publicznej

Łącznie na dzień 31.12.2019 r. szpitale kliniczne dysponowały 20 330 łózkami szpitalnymi zarejestrowanymi w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zwany dalej RPWDL).

Wskazać również należy, że na skutek połączenia trzech samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w trybie art. 66 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej, poprzez przeniesienie całego mienia Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie (podmiot przejmowany) oraz Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus (podmiot przejmowany) na Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie (podmiot przejmujący), z dniem 1 stycznia 2019 r. podmioty przejmowane prawomocnie wykreślone zostały z Krajowego Rejestru Sądowego. nastąpiła ponadto zmiana nazwy podmiotu przejmującego na Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

8. Kadra zarządzająca w szpitalach klinicznych

Zgodnie z regulacjami zawartymi w art. 46 ustawy o działalności leczniczej³⁸ odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym ponosi kierownik. W art. 46 UODL uregulowana została również kwestia wykształcenia zarządzającego podmiotem leczniczym – może być to osoba, która:

- posiada wykształcenie wyższe,
- posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika;
- posiada co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy;
- nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

Zgodnie z regulacjami ustawowymi podmiot tworzący – czyli w przypadku szpitali klinicznych – uczelnia medyczna, nawiązuje stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

Z badania przeprowadzonego przez Polską Federację Szpitali wynika, że 63% dyrektorów polskich szpitali to mężczyźni, 47% zarządzających jest w wieku między 50 a 60 lat, a 22% - powyżej 60 lat.³⁹

Według danych zebranych przez autorkę pracy wśród zarządzających szpitalami klinicznymi jest 24 mężczyzn, co stanowi 63% populacji dyrektorów szpitali klinicznych oraz 14 kobiet, co stanowi 37% tej populacji⁴⁰.

Środowisko dyrektorów szpitali klinicznych w Polsce zrzesza się w ramach kilku organizacji pozarządowych w celu wymiany doświadczeń, informacji, a także wspólnego występowania do instytucji państwowych w celu przedstawiania swoich opinii, projektów zmian. Wśród organizacji zrzeszających dyrektorów szpitali klinicznych znajdują się:

- Polska Unia Szpitali Klinicznych,
- Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych .

³⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2021 r. poz. 711.

³⁹ U. Szybowicz, *Jaki jest dyrektor polskiego szpitala?* „Menedżer zdrowia” 2019, nr 5-6, s.89-90 za: D. Walkowiak, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalu klinicznym – wybrane zagadnienia, problem i wyzwania*, s. 47, [w:] M. Urbaniak (red.), op.cit.

⁴⁰ Dane własne, opracowane na podstawie przeglądu informacji zawartych na stronach internetowych poszczególnych szpitali klinicznych. Stan na dzień 19 grudnia 2021 r.

W ramach działalności szerszej, obejmującej swoją formułą szpitale, niezależnie od struktury założycielskiej działają również:

- Polska Federacja Szpitali,
- Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych,
- Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych.

Oprócz ogólnopolskich stowarzyszeń, działają również regionalne porozumienia szpitali, np. Związek Pracodawców Mazowieckie Porozumienie Szpitali Powiatowych czy Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych.

Oprócz wyodrębnionej kadry zarządzającej w osobach dyrektora, kolejny szczebel zarządzania tworzą ordynatorzy oddziałów i kierownicy klinik. Zgodnie z art. 49 UODL wybór ordynatora następuje na podstawie konkursu. Ponadto zgodnie z art. 91 UODL wyznacza się w drodze konkursu kierownika kliniki. Zgodnie z ust. 3 art. 91 ww. ustawy funkcję ordynatora oddziału można pełnić jednocześnie z funkcją kierownika kliniki. Z uwagi na to, że konkurs na stanowisko kierownika kliniki ogłaszany i przeprowadzany jest przez rektora właściwej publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych najczęściej stanowisko to jest piastowane przez jedną osobę.

9. Omówienie wybranych aspektów zarządzania szpitalami klinicznymi

9.1. Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym

Analizując czynniki wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym konieczne jest zagłębienie się w analizę otoczenia szpitali klinicznych, w którym funkcjonują.

Zgodnie z definicją zawartą w encyklopedii zarządzania otoczenie przedsiębiorstwa to czynniki i procesy, które wpływają na przedsiębiorstwo⁴¹

Ponadto wskazuje się, iż otoczenie przedsiębiorstwa wpływa na warunki organizacji, na zasady gry, ale także kształtuje możliwości rozwoju, kreując szanse, ale i zagrożenia⁴²

Otoczenie przedsiębiorstwa można podzielić na:

- 1) otoczenie zewnętrzne,
- 2) otoczenie wewnętrzne.

Według M. Bednarczyk otoczeniem organizacji jest wszystko to: 1) co nie należy do niej samej, a posiada wymiar czasoprzestrzenny, 2) co wywiera lub może wywierać na nią wpływ, 3) na co organizacja oddziałuje obecnie lub będzie oddziaływać w przyszłości⁴³

Według D. F. Kuratko i R.M. Hogestts otoczenie zewnętrzne składa się ze zmiennych (szans i zagrożeń, które znajdują się na zewnątrz organizacji i nie są poddawane jej krótkookresowej kontroli. Zmienne te tworzą kontekst, w którym działa organizacja. Otoczenie zewnętrzne składa się z: otoczenia zadaniowego (konkurencyjnego, sektorowego) oraz otoczenia społecznego (makrootoczenie)⁴⁴.

Analizując strukturę systemu ochrony zdrowia w Polsce można stwierdzić, że szpital kliniczny znajduje się pod wpływem szeregu organów oraz instytucji, które mają na niego bezpośredni lub pośredni wpływ.

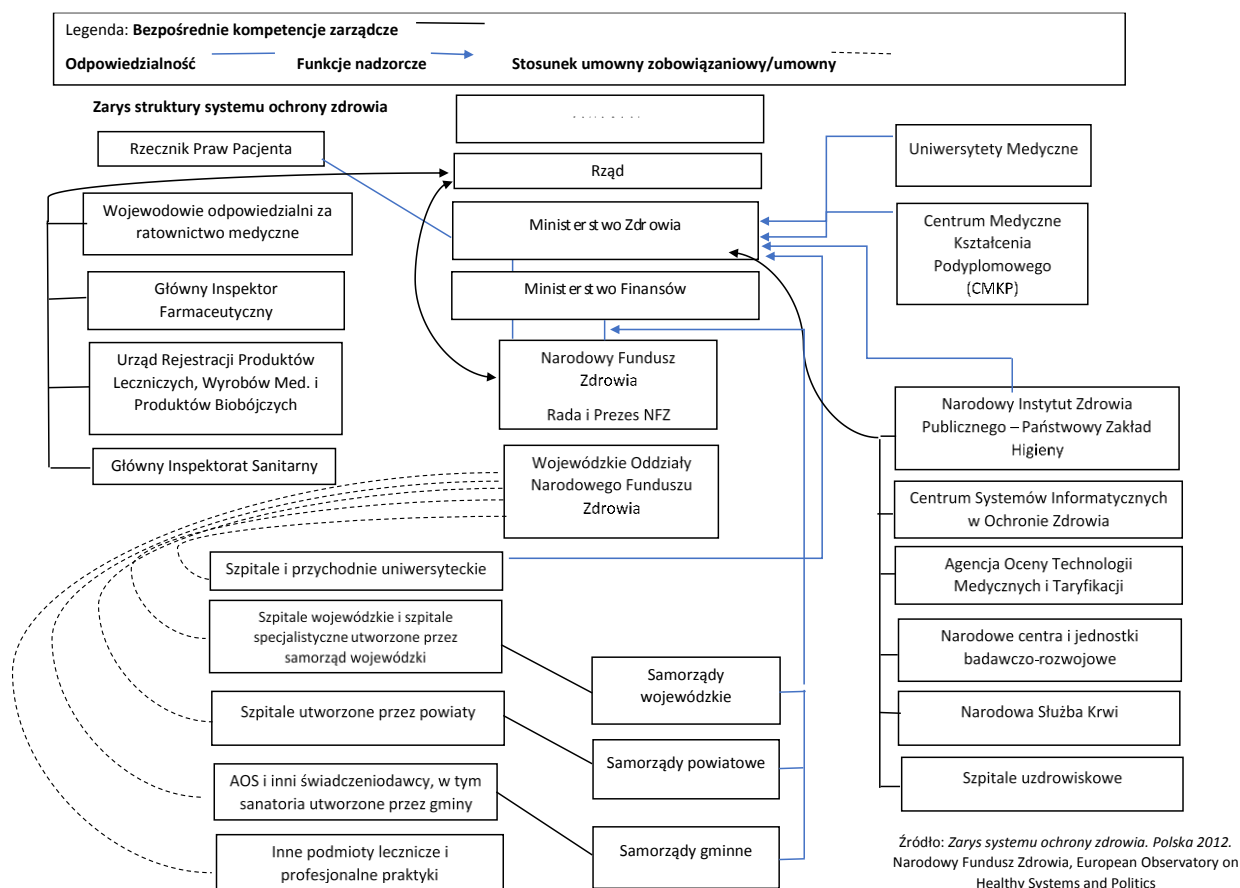
⁴¹ Za: hasło: *Otoczenie organizacji*, [w:] A. Swacha, K. Kuleta, *Encyklopedia zarządzania*.

⁴² A.K. Koźmiński, W. Piotrowski, *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa, 2002.

⁴³ M. Bednarczyk, *Organizacje publiczne. Zarządzanie konkurencyjnością*, Warszawa-Kraków 2001, za: A. Frączkiewicz-Wronka, M. Wronka, P. Kotowski, *Koncentracja na zewnętrznym otoczeniu jednostki ochrony zdrowia – wyznaczanie kierunków działania przez przywódcę* [w:] A. Frączkiewicz-Wronki, A. Austen-Tyndy (red.) *Przywództwo w ochronie zdrowia. Idee i instrumenty*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009 s. 77.

⁴⁴ D.F. Kuratko, R.M. Hodgetts, *Entrepreneurship. A Contemporary Aproach* .Harcourt, Orlando 2001, za: A. Frączkiewicz-Wronka, M. Wronka, P. Kotowski, op. cit., s. 78.

Opracowany w 2011 r. przez European Observatory on Health Systems and Policies w dokumencie „Polska. Zarys systemu ochrony zdrowia” wskazał na gęstą sieć powiązań między elementami systemu ochrony zdrowia. Ten szereg powiązań ukazany został na rycinie nr 4. Dlatego też rozpatrywanie działalności szpitali klinicznych z uwzględnieniem otoczenia całego systemu ochrony zdrowia zdaje się być zasadnym podejściem badawczym.



Rycina 4. Zarys systemu ochrony zdrowia w Polsce

Źródło: European Observatory on Health Systems and Policies, 2011 (Volume 13, Number 8) Tłum. Polska. Zarys systemu ochrony zdrowia, S. Golinowska

9.2. Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym

Oprócz wskazanych w poprzednim podrozdziale uwarunkowań zewnętrznych wpływających na zarządzanie szpitalem klinicznym należy omówić również uwarunkowania wewnętrzne – znajdujące się wewnątrz samej organizacji, a mające równie duży wpływ na szpital w kontekście zarządczym.

Jako otoczenie wewnętrzne traktuje się zestaw zasobów i umiejętności, którymi dysponuje organizacja, a także wszelkie procesy i zjawiska zachodzące w jej wnętrzu. Zasoby mogą być materialne, np. budynki czy sprzęt, jak i niematerialne, np. wiedza personelu medycznego czy reputacja placówki. Umiejętności stanowią tak naprawdę jedną z kategorii zasobów niematerialnych, ale często są wyróżniane oddzielnie ze względu na ich znaczenie dla organizacji. Umiejętności są definiowane jako zdolność organizacji do wykorzystania wszystkich zasobów w sposób pomagający organizacji osiągnąć jej cele.⁴⁵

Wśród uwarunkowań wewnętrznych mających wpływ na działalność szpitala możemy wyróżnić:

- strukturę organizacji,
- styl kierowania organizacją,
- wpływ grup doradczych wewnątrz organizacji,
- kulturę organizacji,
- regulacje organizacyjno-prawne w danym szpitalu.

W przypadku działalności szpitali klinicznych wśród wewnętrznych czynników nie występujących w innych szpitalach należy wziąć pod uwagę również przenikającą się działalność polegającą na świadczeniu usług leczniczych z działalnością dydaktyczną i naukowo-badawczą istnieje ryzyko utrudnionego dostępu do informacji, co w sposób istotny wpływa na ryzyko podejmowanych decyzji zarządczych⁴⁶.

9.3. Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym

Proces zarządzania zasobami ludzkimi jest to „ogół działań związanych z dysponowaniem posiadanymi zasobami ludzkimi przez daną organizację, podejmowanych dla osiągnięcia jej celów, którym nadaje się strategiczne znaczenie” Proces ten obejmuje szereg podstawowych czynności (wymiarów), tj. planowanie, rekrutację i selekcję (dobór pracowników), wprowadzenie do pracy (adaptację

⁴⁵ B. Godziszewski, *Zasobowe uwarunkowania strategii przedsiębiorstwa*, UMK, Toruń 2001, s. 68, za: M. Jarosiński, *Analiza rynku usług medycznych*, [w:] red. M. Jarosiński, S. Winch, *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2014.

⁴⁶ S. Sumowski, *Controlling działalności dydaktycznej oraz naukowo-badawczej jako instrument racjonalizacji gospodarki finansowej szpitali klinicznych*, „Zarządzanie i Finanse” 2013; 2-3, s.402.

zawodową), szkolenie i doskonalenie zawodowe, oceny pracownicze oraz ich konsekwencje, a także motywowanie pracowników.

Personel szpitala to obok zasobów finansowych, materialnych oraz informacyjnych podstawowy zasób podmiotu leczniczego. To zasoby ludzkie, rozumiane jako ogół pracowników zatrudnionych w organizacji, stanowią o tym, jak wykorzystywane są pozostałe zasoby organizacji. Dlatego też tak ważne jest poznanie i utrwalenie sposobów i technik efektywnego zarządzania posiadanymi zasobami.

Wśród czynników kształtujących warunki pracy w szpitalach klinicznych, które powinny być brane pod uwagę w procesie zarządzania kadrami znajdują się:

- stałe obciążenie odpowiedzialnością za życie i zdrowie innych osób,
- obcowanie z sytuacjami granicznymi (cierpieniem, śmiercią),
- dylematy decyzyjne związane z procesem stawiania diagnozy oraz wyborem sposobu postępowania terapeutycznego,
- niemożność przewidzenia dużej części zadań połączona z całodobową gotowością do ich wykonywania,
- niewielki stopień tolerancji niejednoznaczności i błędu,
- kumulacja zadań wymagających zarazem dużego stopnia samodzielności, jak i ekstremalnie wysokiej zdolności pracy zespołowej,
- trudności pomiaru efektów realizowanych działań,
- podwójne (kliniczne i administracyjne) podporządkowanie służbowe dużej części zatrudnionych.⁴⁷

Szpitala kliniczne stanowią grupę podmiotów zatrudniających najwyższej klasy specjalistów z uwagi na swój akademicki charakter, dlatego też zarządzanie kadrami jest bardzo wymagającym obszarem z punktu widzenia zarządzającego.

Ministerstwo Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁴⁸ oraz w rozporządzeniu

⁴⁷ M. Sidor-Rządkowska, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania* [w:] *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansami Zeszyt Naukowy* 167/2018, Oficyna Wydawnicza SGH, s. 131.

⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2011 nr 151 poz. 896).

Ministra Zdrowia dnia 16 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁴⁹ wskazuje grupy pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Wśród nich ustawodawca wskazuje trzy grupy pracowników:

I. pracownicy działalności podstawowej – w tym m.in. lekarze, pielęgniarki, położne, farmaceuci, fizjoterapeuci, diagnosty laboratoryjni, dietetycy;

II. pracownicy administracyjni, techniczni i ekonomiczni- w tym m.in.: główny księgowy, informatycy, radcy prawni itd.

III. pracownicy gospodarczy- w tym m.in.: hydraulicy, ślusarze, dozorczy.

Z danych uzyskanych ze sprawozdań przekazywanych przez szpitale do Ministerstwa Zdrowia – MZ BFZ za II kwartał 2019 r. wynika, że w szpitalach klinicznych zatrudnionych było łącznie 57 402 pracowników.

W tabeli 2 zaprezentowana została liczba pracowników zatrudnionych w poszczególnych szpitalach klinicznych w Polsce.

Tabela 2. Liczba personelu zatrudnionego w poszczególnych szpitalach klinicznych w II kwartale 2019 r.

Szpital kliniczny	Liczba pracowników
Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej	206
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	5 070
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	1 626
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	2 518
Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-rehabilitacyjny w Zakopanem	257
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu	1 228
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	301
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	2 729
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu	4 019

⁴⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 16 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, (Dz. U. 2021 poz. 2359).

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie	1 093
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	1 995
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	891
Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. Dr Jana Biziela w Bydgoszczy	1 319
Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy	1 909
Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	1 407
Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej	583
Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w poznaniu	1 004
Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	1 975
Stomatologiczne Centrum Kliniczne Uniwersytetu Medycznego w Lublinie	185
Samodzielny Publiczny Zakład Zaopatrzenia Ortopedycznego w Poznaniu	22
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	1 198
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Centralny Szpital Weteranów	1 905
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie	215
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	4 688
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	2 315
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	3 054
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie	1 122
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie	1 889
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	1 182

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	1 473
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	752
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	1 068
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	779
Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie	243
Ortopedyczno-rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	748
Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	1 193
Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	2 119
Ginekologiczno - położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	1 122
Suma końcowa	57 402

Zródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych ze sprawozdań szpitali klinicznych MZ BFA za II kwartał 2019 r.

Wśród szpitali zatrudniających największą liczbę personelu było Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zatrudniające 5 070 pracowników. Drugim co do wielkości zatrudnienia był Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie zatrudniający 4 688 pracowników.

W szpitalach klinicznych w przypadku personelu medycznego zawarcie umowy następuje najczęściej w ramach umów cywilno-prawnych (tzw. kontraktów) bądź umów o pracę⁵⁰.

Wśród personelu obsługującego oraz administracji szpitala jest to najczęściej rodzaj umów o pracę bądź umów zleceń.

Kontekst zróżnicowanego sposobu zawierania umów determinowane jest również często przez specyfikę danego ośrodka.

Szpital kliniczny w swych strukturach posiada pracowników, którzy z jednej strony zatrudnieni są jako pracownicy szpitala, z drugiej zaś posiadają status nauczyciela akademickiego i zatrudnieni są również jako pracownicy uczelni medycznej. UODL w art. 92 określa rodzaje kontraktów zawieranych z nauczycielami akademickimi i doktorantami.⁵¹ Zgodnie z zapisami art. 92 UODL nauczyciele akademicy uczelni medycznych oraz doktoranci w uczelniach medycznych lub federacjach podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki prowadzą działalność naukową w zakresie nauk medycznych są zatrudnieni w podmiocie leczniczym w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę określającej zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, bądź na podstawie umowy cywilnoprawnej określającej w szczególności zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych.⁵²

W związku z powyższym dualizmem zatrudnienia, jednocześnie w szpitalu klinicznym

i uczelni medycznej, pojawia się szereg problemów związanych z rzeczywistym rozliczeniem czasu pracy – w przypadku pracowników posiadających podwójne zatrudnienie, czy kwestie odpowiedzialności za działania takiego pracownika.

Obecnie znane są wyroki sądu dotyczące odpowiedzialności lekarzy zatrudnionych zarówno w ramach umowy o pracę ze szpitalem, jednocześnie będąc zatrudnianym przez

⁵⁰ D. Karkowska, T.A. Karkowski, *Zatrudnienie w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2018, s. 12.

⁵¹ M. Urbaniak, *Miejsce szpitala klinicznego w systemie ochrony zdrowia*, [w:] M. Urbaniak (red.) *Zarządzanie szpitalem klinicznym*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2020.

⁵² Art. 92 UODL.

uczelnię medyczną. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 stycznia 2008 r. stwierdzono, że szpital ponosi wyłączną odpowiedzialność za działania lekarzy – nauczycieli akademickich Akademii Medycznej zatrudnionych jednocześnie przez szpital w celu wykonywania tam czynności medycznych.⁵³

NIK podczas kontroli szpitali klinicznych przeprowadzonej w latach 2013-2014⁵⁴ stwierdził, że większość osób, która posiadała umowę z uczelnią medyczną, zatrudniana była w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej, jednakże wskazała na brak definicji zadaniowego czasu w UODL. Sięgając zatem do definicji zadaniowego czasu pracy zawartego w Kodeksie pracy⁵⁵ w art. 140 czytamy, że zadaniowy czas pracy to forma organizacji pracy, w której pracodawca nie określa godzin pracy, lecz zadania, jakie mają zostać wykonane.

W razie zastosowania zadaniowego czasu pracy, pracownik nie pozostaje w dyspozycji pracodawcy w określonym miejscu i czasie. W związku z powyższym NIK w swoim raporcie⁵⁶ wskazuje, że MZ już w grudniu 2011 r. informowane było, że art. 92 ustawy o działalności leczniczej utrudnia w znaczący sposób, lub wręcz uniemożliwia, zapewnienie pełnej opieki lekarskiej pacjentom, gdyż lekarze akademicy lub lekarze będący w trakcie studiów doktoranckich, są w szpitalach klinicznych licznie znaczącą grupą lekarzy mających uprawnienia do samodzielnej pracy. Ponadto Państwowa Inspekcja Pracy wskazywała, że w przypadku pracowników objętych zadaniowym czasem pracy, nie ewidencjonuje się godzin pracy, a jedynie prowadzi kartę czasu pracy ograniczoną do danych, takich jak, np.: zwolnienia od pracy, urlopy, a także innych usprawiedliwionych

i nieusprawiedliwionych nieobecności w pracy. Pracownik objęty takim rodzajem pracy samodzielnie organizuje sobie pracę i kształtuje swój rozkład czasu pracy, a więc wyznacza początek i koniec dnia pracy, a wymiar jego zadań powinien być tak ustalony przez pracodawcę, aby pracownik mógł je wykonać w normach czasu pracy określonych w art. 129 Kodeksu pracy. Wyrażono również opinię, że w tym zakresie celowa byłaby zmiana przepisów UODL lub ich doprecyzowanie.

⁵³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 stycznia 2008 r., sygn. akt I Aca 354/07, za: M. Urbaniak op. cit.

⁵⁴ Informacja o wynikach kontroli *Funkcjonowanie szpitali klinicznych*, Najwyższa Izba Kontroli 25 maja 2015 r.

⁵⁵ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320).

⁵⁶ Ibidem.

Od kilku lat w ochronie zdrowia w Polsce obserwowany jest proces administracyjnego regulowania płac przez Ministerstwo Zdrowia. Wieloletnie zaniedbania w kontekście wysokości wynagrodzeń w ochronie zdrowia zaczęły być regulowane przez szereg aktów prawnych, wprowadzanych bez konsultacji z zarządzającymi szpitalami. Interwencjonizm państwa w zakresie regulacji płacowych pozbawił dyrektorów szpitali możliwości racjonalnego wpływania na zarządzanie kadrami, co w trudnej sytuacji placówek może powodować bezwład zarządczy⁵⁷.

Nowym aspektem działalności szpitali jest pojawienie się w nich pracy zdalnej. Ten nieuregulowany w Kodeksie pracy sposób wykonywania pracy został uregulowany poprzez regulacje szczególne czyli art. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁵⁸. W związku z tym, w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu pracodawca może polecić pracownikowi wykonywanie, przez czas oznaczony, pracy określonej w umowie o pracę, poza miejscem jej stałego wykonywania (praca zdalna)⁵⁹.

Choć wydaje się, że praca zdalna w szpitalach klinicznych w grupie personelu medycznego byłaby trudna do realizacji (oprócz wyjątków w rodzaju: opisywania badań obrazowych, opisywanie badań histopatologicznych), to wśród personelu administracyjnego może być realizowana zwłaszcza w kontekście chęci zachowania ciągłości obsługi administracyjnej szpitala w sytuacji pandemii COVID-19.

9.4. Strategia komunikacji zewnętrznej

W szpitalach klinicznych, jako podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych, dochodzi do interakcji z otoczeniem, w którym funkcjonuje szpital jako organizacja. Zarówno pacjenci, jak i ich rodziny, szukają informacji na temat placówki, interesują się nią, sprawdzają opinię na jej temat, szukają rzetelnych informacji. W dobie internetu oraz możliwości sprawdzenia informacji w nim, w zasadzie z każdego zakątka świata

⁵⁷ S. Cofta, A. Michalak, *Szpitala kliniczne także wymagają pomocy*, „Menedżer Zdrowia” 5-6/2019, s.26-29.

⁵⁸ Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.).

⁵⁹ https://kadry.infor.pl/kadry/indywidualne_prawo_pracy/czas_pracy/5382689,Prawo-do-bycia-offline-i-praca-zdalna-w-Kodeksie-pracy.html, wejście 6.01.2022.

kwestia odpowiedniej strategii komunikacji zdaje się być ważnym elementem działalności szpitali klinicznych. Co więcej podmioty te – jako jednostki o najwyższej referencyjności w kraju przyciągają pacjentów z całego kraju oraz spoza jego granic, stąd potrzeba jasnej, odpowiedniej, ale i rzetelnej komunikacji z otoczeniem zewnętrznym.

Według Philipa Kotlera⁶⁰ organizacja musi nie tylko korzystnie komunikować się z klientami, dostawcami oraz sprzedawcami, lecz także rozumieć dużą część zainteresowanej publiczności.

Wśród narzędzi komunikacji marketingowej należy okazać szczególne miejsce *public relations*. *Public Relations* to świadome, zaplanowane i długotrwałe pielęgnowanie stosunków z bliższym i dalszym otoczeniem, prowadzące do pozyskania jak największej liczby klientów, zwolenników i popleczników⁶¹.

W skład *public relations* wchodzi m.in. takie działania jak⁶²:

- relacje z mediami (ang. *publicity, media relations*) - obejmuje ono współpracę ze środkami masowego przekazu, ich znaczenie wynika z faktu iż wszelkie informacje zamieszczane w mediach znajdują się zwykle poza kontrolą przedsiębiorstwa, a także z powodu tego, że mogą one publikować zarówno dobre jak i złe wiadomości,
- tożsamość korporacyjna (ang. *corporate identity*) - ma na celu tworzenie tożsamości przedsiębiorstwa,
- *public affairs* - działania te polegają na tworzeniu i podtrzymywaniu korzystnych relacji z przedstawicielami władzy lokalnej, regionalnej lub krajowej,
- relacje ze społecznością (ang. *community relations*) - tworzenie dobrych stosunków ze społecznościami lokalnymi,
- relacje z prasą - obejmujące przygotowanie aktualnej informacji i umieszczenie jej w mediach w celach zwrócenia uwagi na osobę lub produkt,
- lobbing - tworzenie oraz podtrzymywanie relacji z organami legislacyjnymi i rządowymi w celu wywierania wpływu na ustawy i przepisy, często dla całej branży lub sektora oraz uzyskania korzystnych, indywidualnych decyzji,
- zarządzanie sytuacją kryzysową,

⁶⁰ P. Kotler, J. Shalowitz, R. J. Stevens, *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 556.

⁶¹ https://mfiles.pl/pl/index.php/Public_relations , Encyklopedia Zarządzania, dostęp 31.10.2021.

⁶² Ibidem.

- relacje z inwestorami - utrzymywanie kontaktów z akcjonariuszami i innymi uczestnikami społeczności finansowej, często są to wymagania prawne związane z istnieniem danego przedsiębiorstwa na giełdzie,
- współpraca z darczyńcami i organizacjami non-profit - celem uzyskania wsparcia finansowego lub wolontariackiego.

Odpowiedni wizerunek szpitala przekłada się na uzyskanie wielu korzyści, z których najważniejsze to:

- pozytywne wyróżnienie placówki na tle konkurencji,
- stworzenie spójnego i jednorodnego obrazu całego szpitala,
- utrwalenie wizerunku szpitala wśród pacjentów i podmiotów otoczenia,
- ograniczenie kosztów dzięki standaryzacji działań,
- ułatwienie przy wprowadzaniu nowych usług,
- akcentowanie zmian zachodzących w działalności szpitala,
- wyższy poziom zadowolenia pracowników,
- większa łatwość obrony pozycji placówki w sytuacjach kryzysowych⁶³.

9.5. Strategia komunikacji wewnętrznej

Etymologia terminu *komunikacja* pochodzi z języka łacińskiego: *comunico*, *comunicare*: uczynić wspólnym, połączyć; udzielić komuś wiadomości, natomiast *comunio* to wspólność, poczucie łączności. Jak widać zatem, kluczowy element, jakim jest uczucie wspólnoty, zawiera się w samym znaczeniu słowa komunikacja. Wśród definicji komunikacji wewnętrznej można znaleźć definicję, że jest to forma działań PR (public relations) skierowana do wewnątrz, a nie na zewnątrz⁶⁴. Szpital kliniczny jako duży organizm, w którym zatrudnionych jest po kilkaset osób, bez odpowiednich narzędzi komunikacji nie jest w stanie w pełni prawidłowo funkcjonować. Celem zarządzających szpitalem powinno być to, aby pracownicy rozumieli realia funkcjonowania szpitala jako całości, wielość kwestii organizacyjnych i problemów, z którymi boryka się Zarząd.

⁶³ M. Hass-Symotiuk, *Szpital jako podmiot oceny przez różnych interesariuszy*, [w:] M. Hass-Symotiuk (red.), *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011: 11–62, za: op. cit. M. Rogala, K. Badora-Musiał, I. Kowalska, A. Mokrzycka.

⁶⁴<http://hrpress.pl/artykuly/zarzadzanie/komunikacja-wewnetrzna-i-jej-znaczenie-w-organizacji/>, dostęp 31.10.2021.

Integracyjna rola komunikacji wewnętrznej zapewnia właściwą realizację zadań wszystkich służb przedsiębiorstwa i spełnia ona zasadnicze cele:

- umożliwia pracownikom poznanie wizji przedsiębiorstwa,
- informuje o przebiegu działalności,
- ułatwia podejmowanie decyzji, ich przekazywanie i uzasadnianie,
- ułatwia rozwój pracowników, wskazując różne możliwości,
- pomaga szybciej i efektywniej rozwiązywać problemy,
- upowszechnia zachowania i postawy, które wspierają rozwój organizacji.⁶⁵

Wśród narzędzi komunikacji wewnętrznej wyróżniamy: narzędzia komunikacji formalnej oraz narzędzia komunikacji nieformalnej. Przykłady tych narzędzi zaprezentowane zostały w tabeli nr 3.

Tabela 3. Przykładowe narzędzia komunikacji wewnętrznej

Narzędzia komunikacji formalnej	Komunikacja w dół	Memoranda, gazetki firmowe, biuletyny, raporty, newsletter, tablice ogłoszeniowe, zebrania, radio zakładowe, intranet, infolinie, email
	Komunikacja w górę	Skrzynki pomysłów, problemów i zażaleń, badanie opinii i postaw, publikacje związków zawodowych, intranet, email, zebrania
	Komunikacja horyzontalna	zespoły zadaniowe, zebrania, intranet, email
Narzędzia komunikacji nieformalnej		imprezy integracyjne, plotki, pogłoski, obiady firmowe, <i>managment by walking around</i> , email, oficjalne spotkania po pracy

Zródło: Olsztyńska A.: Marketing wewnętrzny w przedsiębiorstwie. Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2005, s. 44.

Znaczenie komunikacji wewnętrznej w szpitalu jest kluczowe w kontekście sprawności jego działania. Podmiot, który komunikuje się z otoczeniem, powinien jako

⁶⁵<https://www.prawo.pl/zdrowie/specyfika-komunikacji-wewnetrznej-w-szpitalu,236938.html>, dostęp 31.10.2021.

nadrzędną zasadę przyjąć, że komunikowane na zewnątrz informacje powinny być w tym samym czasie przekazywane pracownikom. Złą praktyką są sytuacje, gdy personel o sprawach przedsiębiorstwa dowiaduje się od zewnętrznych nadawców.

W ten sposób pojawia się poczucie uprzedmiotowienia, osamotnienia i ignorowania pracowników przez pracodawcę. Prowadzi to do demotywacji, braku zaufania i dezintegracji z organizacją⁶⁶.

Brak komunikacji wewnętrznej bądź jej marginalizowanie może przyczynić się do pogłębienia istniejących już problemów, szczególnie w momencie wprowadzania zmian w organizacji, restrukturyzacji, bądź w momentach kryzysu.⁶⁷

Dobra komunikacja wewnątrz organizacji zapewnia także poprawę zdolności reagowania na potrzeby innych pracowników oraz większe poczucie odpowiedzialności w realizacji wspólnych celów zarysowanych w wizji, misji i strategii przedsiębiorstwa. Komunikacja wewnętrzna tworzy unikatową kulturę organizacji, motywuje do pracy oraz poprawia morale.⁶⁸

Z uwagi na obecną sytuację pandemiczną wiele szpitali zmagало się ze wzmożonymi potrzebami komunikacyjnymi przy ograniczonych możliwościach, z uwagi na sytuację epidemiologiczną. Okres pandemii okazał się próbą charakterów zarówno dla zarządzających szpitalami, jak i dla pracowników. W pierwszych tygodniach tzw. *lockdownu* wydawało się, że większość problemów i konfliktów, a także napięta atmosfera spowodowane były niepewnością, niewiedzą. Wydawało się, że wobec zmasowanej dezinformacji najważniejsze jest przekazywanie przez dyrekcję szpitala jasnych i prostych komunikatów dotyczących strategii działania⁶⁹.

⁶⁶ J. Bolek, *Efektywne wykorzystywanie klasycznych i nowoczesnych narzędzi komunikacji wewnętrznej przez przedsiębiorstwo*, [w:] W. Harasim (red.), *Zarządzanie kapitałem intelektualnym w organizacji inteligentnej*, Wyższa Szkoła Promocji, Warszawa 2012, s. 137.

⁶⁷ M. Grębosz, A. Mikulska, *Narzędzia komunikacji wewnętrznej w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Zeszyty Naukowe Politechniki Łódzkiej nr 1154, Organizacja i Zarządzanie z.55, 2013 s. 45.

⁶⁸ M. Zajkowska, *Komunikacja wewnętrzna jako element systemu zintegrowanej komunikacji marketingowej*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Ekonomiczne Problemy Usług nr 559/42, 2009, s. 213, za: M. Grębosz, A. Mikulska, op. cit., s. 44.

⁶⁹ S. Cofta, A. Michalak, *COVID-19 z perspektywy szpitala klinicznego*, „Menedżer Zdrowia” nr 7-8/2020, s. 14-17.

9.6. Jakość w szpitalu klinicznym

Zgodnie z definicją jakości w ochronie zdrowia zawartej na stronie Ministerstwa Zdrowia wysoka jakość to odpowiednie wykorzystanie dostępnych zasobów medycznych: kadrowych, infrastrukturalnych i finansowych.⁷⁰

Według Światowej Organizacji Zdrowia jakość to „stopień, do jakiego usługi zdrowotne w obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą”⁷¹. W piśmiennictwie wyróżnia się również jakość techniczną⁷² rozumianą jako efekt końcowy procesów operacyjnych (projektowania i wytwarzania), a więc jest to wszystko co konsument otrzymuje od usługodawcy w następstwie zrealizowania określonej usługi. Natomiast jakość funkcjonalna jest kształtowana na etapie świadczenia usług (sposób świadczenia), a zatem jest efektem interakcji pomiędzy usługodawcą, a usługobiorcą.

Biorąc pod uwagę usługi medyczne jakość techniczna obejmuje posiadany przez podmiot leczniczy sprzęt medyczny oraz wyposażenie, technologie medyczne, procedury. Natomiast jakość funkcjonalna w podmiotach leczniczych jest z punktu widzenia pacjenta i stanowi sumę jego doświadczeń i odczuć związanych z daną instytucją ochrony zdrowia. Suma tych dwóch wymiarów jakości: technicznej i funkcjonalnej oraz jakość oczekiwana daje pełen wymiar nazwany jakością rzeczywistą.

Prekursorem jakości w ochronie zdrowia był A. Donabedian. Według jego koncepcji „jakość to ten rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach.”⁷³

W systemie ochrony zdrowia w Polsce obecnie stosowane są dwie ścieżki wdrażania jakości w ochronie zdrowia:

- akredytacja,
- certyfikacja zakładów zgodnie z normami ISO.

⁷⁰ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/jakosc-w-opiece-zdrowotnej>, dostęp 29.08.2021.

⁷¹ https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1, dostęp 25.09.2021.

⁷² SH. Wu, J. Lee, *A comparison Study of Nursing Care Quality in Different Working Status Nursing Staffs: an example of one Local Hospital*. J. Nurs Res 2006, 14; s.181-188.

⁷³ K. Walshe, J. Smith. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej – doskonalenie jakości opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 500.

Akredytacja to „zewnątrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej dobrowolnie poddających się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, wykonywanej przez bezstronną i niezależną w decyzjach profesjonalną placówkę akredytacyjną, która przyznając akredytację, wydaje stosowne świadectwo”.⁷⁴

Akredytacja w ochronie zdrowia uregulowana jest w Polsce ustawą o akredytacji w ochronie zdrowia⁷⁵ oraz innymi aktami prawnymi⁷⁶ Zgodnie z art. 1 UOA akredytacja ma na celu potwierdzenie spełnienia przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania tego podmiotu.

Zasady funkcjonowania polskiego systemu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej sięgają roku 1998, kiedy to powstał Program Akredytacji Szpitali obejmujący 210 standardów⁷⁷.

Obecnie standardy podzielone są na 15 kategorii, w skład których wchodzi:

- 1) Ciągłość Opieki,
- 2) Prawa Pacjenta,
- 3) Ocena Stanu Pacjenta,
- 4) Opieka nad Pacjentem,
- 5) Kontrola Zakażeń,
- 6) Zabiegi i Znieczulenia,
- 7) Farmakoterapia,
- 8) Laboratorium,

⁷⁴ M. Dobska, P. Dobski, *System zarządzania jakością w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 225.

⁷⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia Dz. U. 2016, poz. 2135 t.j.

⁷⁶ Oprócz ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia aktami regulującymi kwestie akredytacji są: ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia. (Dz.U. 2009 nr 76 poz. 641), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie. (Dz.U. 2009 nr 150 poz. 1216), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie. (Dz.U. 2019 poz. 2068), obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Rady Akredytacyjnej (Dz.U. 2021 poz. 391).

⁷⁷ M. Dobska, K. Rogoziński, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

- 9) Diagnostyka Obrazowa,
- 10) Odżywianie,
- 11) Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta,
- 12) Zarządzanie Ogólne,
- 13) Zarządzanie Zasobami Ludzkimi,
- 14) Zarządzanie Informacją,
- 15) Zarządzanie Środowiskiem Opieki.⁷⁸

Dla uzyskania akredytacji niezbędne jest osiągnięcie, w wyniku zsumowania poszczególnych ocen z każdej kategorii, co najmniej 75% możliwej do uzyskania liczby punktów. Akredytacja wydawana jest na trzy lata⁷⁹.

Zgodnie z danymi zawartymi na stronie CMJ na dzień 3 października 2021 r. 172 szpitale posiadały akredytację⁸⁰.

W 2019 r. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę systemu akredytacji podmiotów⁸¹. Z wniosków z przeprowadzonej kontroli w 19 wybranych podmiotach leczniczych oraz w CMJ wynika, że raporty akredytacyjne nie odzwierciedlają sposobu funkcjonowania szpitali, a legitymowanie się przez szpitale certyfikatami nie było równoznaczne ze spełnianiem przez nie standardów, nawet tych, które akredytujący uznali za wdrożone.

W raporcie⁸² wskazuje się, że o niezgodnościach w kontekście spełniania kryteriów akredytacyjnych po uzyskaniu akredytacji NIK wskazywał już w raporcie z wyników kontroli przeprowadzonych w latach 2017-2018. W trakcie wskazywanej kontroli analizą objęte były: „problemy zakażeń szpitalnych w podmiotach leczniczych, bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach, funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej, dostępność i finansowanie diagnostyki

⁷⁸ Program Akredytacji Szpitali. Zestaw standardów akredytacyjnych, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2009- wydanie wznowione 2016.

⁷⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie, (Dz.U. 2019 poz. 2068).

⁸⁰ <https://www.cmj.org.pl/akredytacja/certyfikaty.php?typ=szpital>, dostęp 3.10.2021.

⁸¹ Raport NIK *Akredytacja podmiotów leczniczych*, Warszawa 2020.

⁸² Ibidem.

laboratoryjnej, żywienie pacjentów, ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach.”⁸³

Raport wskazuje również na prowadzone od 2017 r. prace nad ustawą o jakości, które to procedowane są w sposób opieszale.⁸⁴

Obecnie procedowany kształt projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z sierpnia 2021 r.⁸⁵ zakłada zapewnienie kompleksowości i koordynację w zakresie realizacji polityki zdrowotnej w obszarze jakości. Przedmiotem projektowanych rozwiązań będzie wprowadzenie rozwiązań w zakresie:

- 1) autoryzacji,
- 2) wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa,
- 3) akredytacji;
- 4) systemu świadczeń kompensacyjnych,
- 5) rejestrów medycznych⁸⁶.

Wśród najbardziej znaczących zmian, w stosunku do obecnego stanu prawnego, znajduje się kwestia udzielania autoryzacji przez Dyrektorów Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, likwidując tym samym instytucję Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, która to obecnie udziela akredytacji podmiotom. Ponadto projekt zakłada wprowadzenie obligatoryjnego dla podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa (systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych), niezależnie od faktu korzystania ze środków publicznych. System ten będzie zgodnie z projektem dwupoziomowy, tj.:

- wewnętrzny – prowadzony przez podmiot leczniczy prowadzący szpital,
- zewnętrzny (rejestr zdarzeń niepożądanych) – prowadzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia⁸⁷.

⁸³ Ibidem, s. 11.

⁸⁴ Ibidem, s. 42.

⁸⁵ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ustawa-o-jakosci-w-ochronie-zdrowia-trafi-do-konsultacji-publicznych>, dostęp 29.08.2021

⁸⁶ Uzasadnienie do projektu z dnia 22 lipca 2021 r. ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta

⁸⁷ Ibidem.

Drugą możliwą ścieżką wdrażania jakości w podmiotach leczniczych jest certyfikacja zgodnie z normą ISO. Normy brane pod uwagę przez NFZ w kontekście konkursów ofert na realizację świadczeń zdrowotnych, dzięki którym podmioty lecznicze mogą uzyskać dodatkowe punkty to⁸⁸:

- ISO 9001 – certyfikat systemu zarządzania jakością,
- ISO 27001 – certyfikat systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Pierwszy certyfikat ISO w polskim szpitalu uzyskano w 2001 r.⁸⁹

Wdrażanie w szpitalach klinicznych zarówno ISO, jak i ubieganie się o akredytację CMJ zależy od decyzji zarządu szpitala.

9.7. Finansowanie szpitali w Polsce oraz sytuacja finansowa szpitali

W celu zgłębienia sytuacji finansowej szpitali należy w pierwszej kolejności wskazać na sposób finansowania tych podmiotów leczniczych. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej uwarunkowane jest posiadaniem przez podmiot leczniczy kontraktu z płatnikiem świadczeń tj. Narodowym Funduszem Zdrowia. Płatnik świadczeń finansuje świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.⁹⁰

W dniu 26 czerwca br. weszła w życie nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych dotycząca funkcjonowania „sieci szpitali” (systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zwanego dalej PSZ)⁹¹. Zgodnie z ww. rozwiązaniami szpitale kliniczne zostały zakwalifikowane w PSZ jako szpitale ogólnopolskie, czyli szpitale o najwyższym stopniu specjalizacji.⁹²

⁸⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2018 poz. 1383).

⁸⁹ M. Ligarski, *Budowa systemów zarządzania jakością według norm ISO serii 9000 w ochronie zdrowia*, „Przegląd Organizacji 2005”, nr 7-8, s. 66, za: E. Raczyńska, *Problematyka jakości w ochronie zdrowia – wyzwania dla zarządzania*, ZN WSH Zarządzanie 2020 (2), s. 165-175.

⁹⁰ Ustawa z 27 kwietnia 2008 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.).

⁹¹ Nowelizacja ustawy z 27 kwietnia 2008 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.).

⁹² Ibidem.

Szpitaly finansowane są poprzez dwa narzędzia: finansowania ryczałtowego i finansowanie za wykonane dla pacjentów świadczenia zdrowotne. Świadczenia zdrowotne finansowane poza ryczałtem określone są przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania⁹³. W ramach świadczeń zdrowotnych wykonanych dla pacjentów finansowanych poza ryczałtem występują: świadczenia finansowane przez NFZ do wysokości kwoty zobowiązania określonej w umowie, czyli do wysokości limitu oraz świadczenia finansowane przez NFZ bezlimitowo, na podstawie regulacji ustawowej, tj. świadczenia związane z realizacją pakietu onkologicznego dla pacjentów chorych onkologicznie.

Oprócz metody finansowania za usługę szpitale w ramach PSZ „sieci szpitali” finansowane są metoda ryczałtowa. Zasady ustalania wysokości ryczałtu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (ryczałtu “sieciowego”). Ogólna zasada budowy wysokości ryczałtu “sieciowego” jest taka, że wysokość ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy (okres rozliczeniowy: kwartalny półroczny lub roczny) uzależniona jest od wykonania świadczeń zdrowotnych w bieżącym okresie rozliczeniowym. Ponadto kwota ryczałtu “sieciowego” jest zwiększana jeśli szpital spełnia określone kryteria jakościowe.⁹⁴

Szpitaly kliniczne otrzymały tym samym ryczałt na prowadzoną działalność obliczany według wzoru wskazanego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Wskazany w Rozporządzeniu⁹⁵ wzór wskazuje składowe, które decydują o wysokości przyznanego dla poszczególnego podmiotu finansowania.

Według przekazywanych przez Ministerstwo Zdrowia komunikatów rozwiązania zawarte w ustawie zagwarantują odpowiedni poziom, a także ciągłość i stabilność finansowania szpitali, których funkcjonowanie jest niezbędne dla zapewnienia Polakom opieki zdrowotnej.⁹⁶

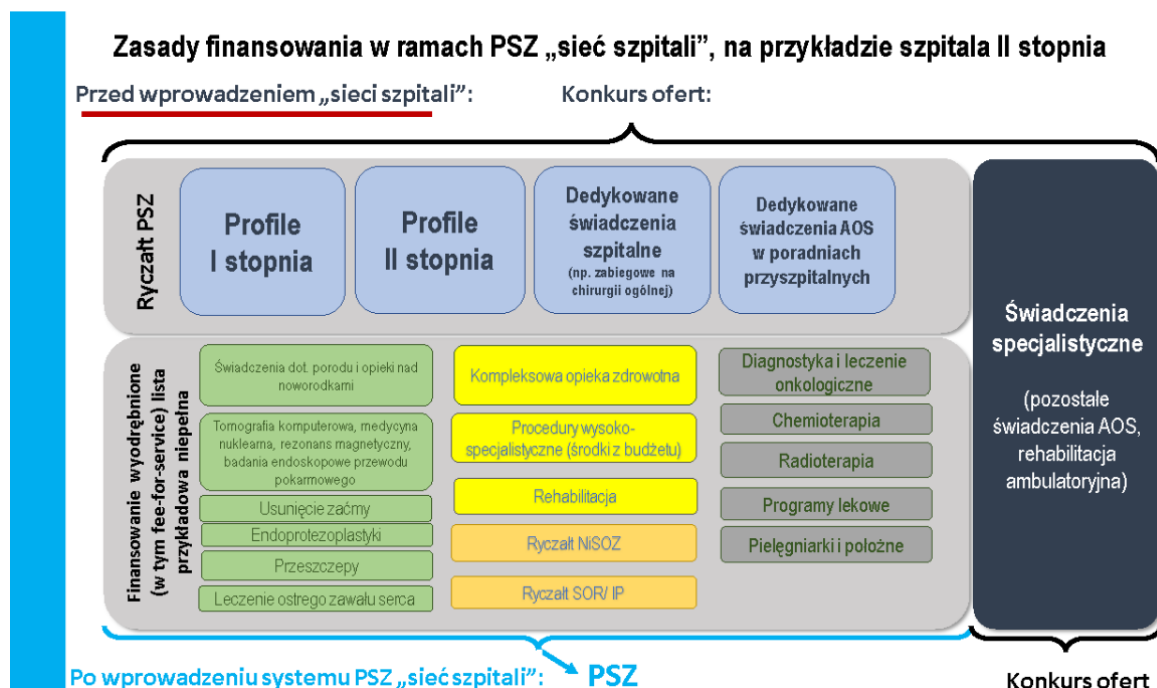
⁹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz.U. 2017 poz.1225)

⁹⁴<http://piotrgrzyza.pl/wielki-projekt-siec-szpitali/zasady-finansowania-szpitali-dzialajacych-w-ramach-sieci-szpitali/> dostęp 13.04.2020 r.

⁹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

⁹⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/siec-szpitali1> wejście 12.04.2020.

Na rycinie nr 5 ukazano schemat finansowania świadczeń w ramach PSZ.



Rycina 5. Schemat zasad finansowania w ramach Podstawowego Systemu Zabezpieczenia Szpitalnego
 Źródło: ww.piotrgrzyza.pl, dostęp 13.04.2020 r.

Sytuacja finansowa szpitali, w tym szpitali klinicznych, ściśle związana jest z mechanizmem ich finansowania. Według danych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia zobowiązania ogółem publicznych placówek ochrony zdrowia w trzecim kwartale 2019 r. w porównaniu z trzecim kwartałem 2018 r. wzrosły o prawie 1,6 mld zł (z 12,7 mld zł do 14,3 mld zł). Analogicznie zobowiązania wymagalne zwiększyły się o 0,27 mld zł (z 1,8 mld zł w trzecim kwartale 2018 r. do 2,07 mld zł w trzecim kwartale 2019 r.)⁹⁷.

Sytuację finansową szpitali można rozpatrywać biorąc pod uwagę posiadaną wielkość zobowiązań, w tym w szczególności zobowiązań wymagalnych. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia zobowiązania ogółem szpitali publicznych w latach 2017-2020 zwiększyły swoją wartość z poziomu 14 148 mln zł do 20 062 mln zł, natomiast zobowiązania wymagalne z poziomu 1 617 mln zł do 2 112 mln zł⁹⁸.

⁹⁷ Szpitale łączcie się, „Menedżer Zdrowia”, nr 1/2 2020, s. 13.

⁹⁸ Uzasadnienie do projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa z dnia 29 grudnia 2021 r.

Sytuacja ekonomiczna szpitali klinicznych w 2020 r. była przedmiotem apelu wystosowanego przez Zarząd Stowarzyszenia PUSK. Jak wskazywały dane z 32 szpitali klinicznych opublikowane w Raporcie Polskiej Unii Szpitali Klinicznych, porównując do danych z Raportu z badania sytuacji finansowej szpitali powiatowych wskazują, iż wg stanu na dzień 30 czerwca 2019 r. skumulowany wynik ze sprzedaży 32 szpitali klinicznych był aż o 131,7 mln zł niższy, niż w przypadku skumulowanego wyniku ze sprzedaży 119 szpitali powiatowych. Skumulowany wynik finansowy netto w przypadku szpitali klinicznych był gorszy o 26,2 mln zł w porównaniu ze szpitalami powiatowymi, a zobowiązania krótkoterminowe wyższe o 1,1 mld zł.⁹⁹

9.8. Nauka w szpitalu klinicznym

Badania kliniczne stanowią naukowy obszar działalności szpitali klinicznych. Warunki prowadzenia badań klinicznych produktów leczniczych reguluje ustawa Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 roku.¹⁰⁰

Każde badanie kliniczne może być prowadzone wyłącznie na podstawie wydanego uprzednio pozwolenia przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, a także pozytywnej opinii komisji bioetycznej. Prezes Urzędu dokonuje wpisu badania klinicznego do Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych.

Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne, badanie kliniczne badanego produktu leczniczego, prowadzone jest zgodnie z Dobrą Praktyką Klinikzną, która zapewnia standard określający sposób planowania, prowadzenia, monitorowania, dokumentowania i raportowania wyników badań klinicznych prowadzonych z udziałem ludzi.

Zgodnie z definicją zawartą w ustawie Prawo Farmaceutyczne¹⁰¹ badanie kliniczne to każde badanie prowadzone z udziałem ludzi w celu odkrycia lub potwierdzenia klinicznych, farmakologicznych, w tym farmakodynamicznych skutków działania jednego lub wielu badanych produktów leczniczych, lub w celu zidentyfikowania działań niepożądanych jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, lub śledzenia

⁹⁹<https://www.uniaszpitali.pl/aktualnosci/apel-pusk-dotyczacy-dramatycznej-sytuacji-finansowej-szpitali-klinicznych>, dostęp 15.01.2020 r.

¹⁰⁰ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, Dz. U. 2019 poz. 499 t.j.

¹⁰¹ Ibidem.

wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu i wydalania jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, mając na względzie ich bezpieczeństwo i skuteczność¹⁰².

Szpitala kliniczne stanowią ośrodki badawcze, a więc miejsca, w których badania są faktycznie wykonywane. Nigdzie jednak w systemie prawa nie zdefiniowano pojęcia „ośrodek badawczy” w sposób pozwalający określić prawa i obowiązki ośrodka¹⁰³

Przeprowadzone przez *PricewaterhouseCoopers* w 2015 roku analizy wskazały, że w Polsce w latach 2011-2014 nie wykorzystano potencjału istniejącego w obszarze badań klinicznych¹⁰⁴.

Dane dotyczące liczby prowadzonych w Polsce badań klinicznych w latach 2010-2020 wskazuje, że ich liczba utrzymuje się na stałym poziomie.

Na rycinie nr 6 zaprezentowano liczbę badań klinicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2010- 2020.



Rycina 6. Liczba badań klinicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2010-2020

Źródło: <https://pacjentwbadaniach.abm.gov.pl/pwb/statystyki-i-normy-praw/statystyki/132,Statystyki.html#>

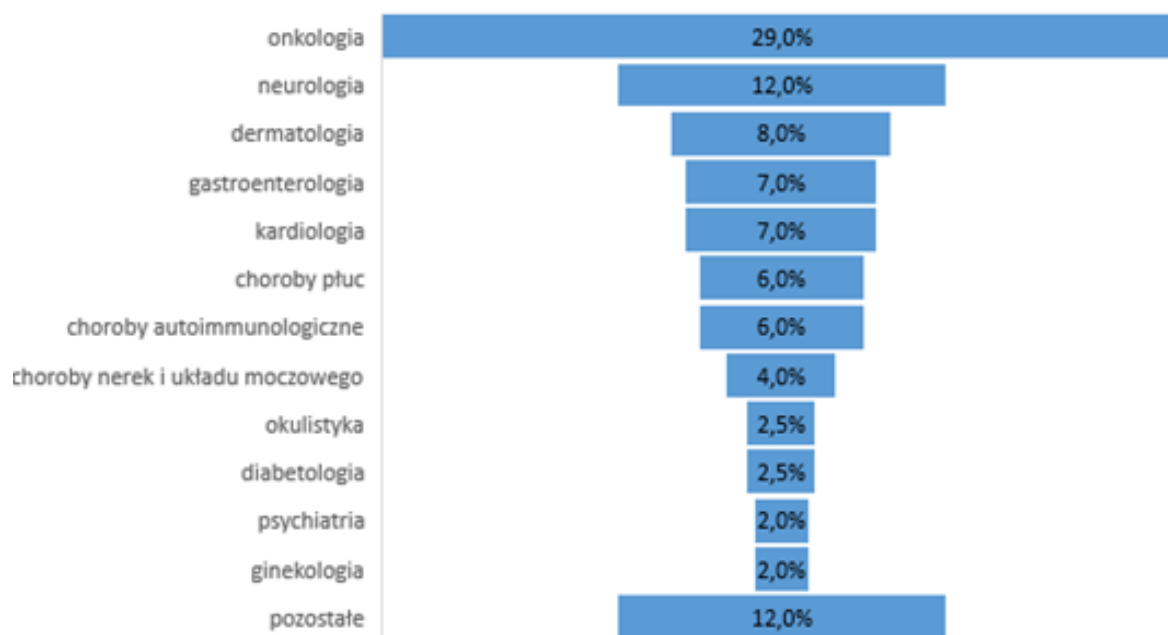
¹⁰² Art. 2 ust. 2 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne Dz. U. z 2021 r., poz. 974, 981.

¹⁰³ M. Dwornikowska- Dąbrowska, *Czy badania kliniczne są opłacalne*, referat wygłoszony w ramach XVIII Forum Szpitali, Poznań, 17-18 października 2019.

¹⁰⁴ Raport *Badania Kliniczne w Polsce*, pwc, grudzień 2015.

W 2020 r. liczba zarejestrowanych badań klinicznych w Polsce wynosiła 459. Opublikowany raport *Badania Kliniczne w Polsce*¹⁰⁵ wskazuje również obszary, w których najczęściej prowadzone były badania kliniczne w 2020 r.

Na rycinie nr 7 zaprezentowano główne obszary badań klinicznych zarejestrowanych w Polsce w roku 2020.



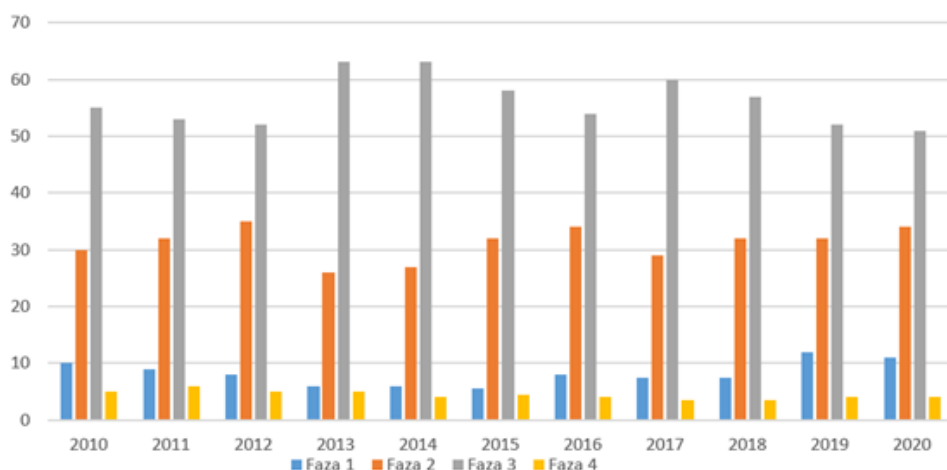
Rycina 7. Główne obszary badań klinicznych zarejestrowanych w Polsce w roku 2020

Źródło: <https://pacjentwbadaniach.abm.gov.pl/pwb/statystyki-i-normy-praw/statystyki/132,Statystyki.html#>

Wśród obszarów, które najczęściej podlegały badaniom klinicznym w 2020 r., były badania z zakresu onkologii (29%), neurologii (12%), dermatologii (8%), gastroenterologii (7%), kardiologii (7%).

Na rycinie nr 8 zaprezentowano procentowy udział faz w rejestrowanych w Polsce badaniach klinicznych w latach 2010-2020.

¹⁰⁵ Ibidem.



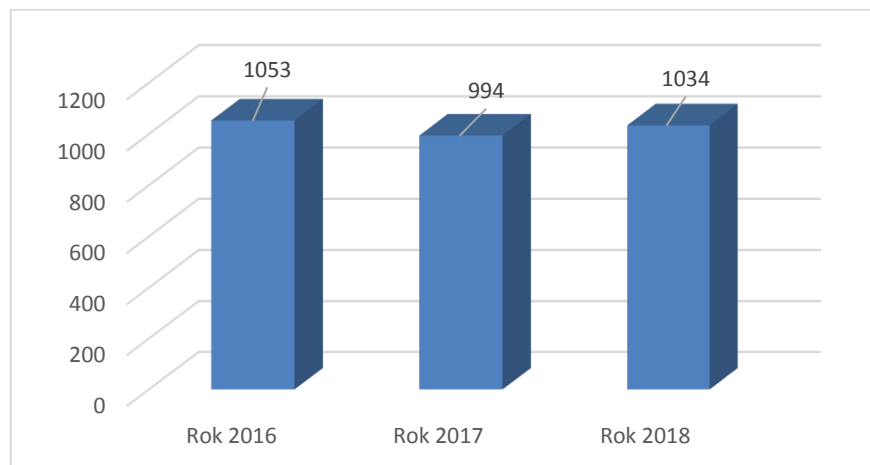
Rycina 8. Procentowy udział faz w rejestrowanych w Polsce badaniach klinicznych w latach 2010-2020

Źródło: <https://pacjentwbadaniach.abm.gov.pl/pwb/statystyki-i-normy-praw/statystyki/132,Statystyki.html#>

Wśród realizowanych badań klinicznych największy odsetek badań znajdował się w fazie 3.

W 2019 r. Stowarzyszenie PUSK przeprowadziło badania wśród swoich członków dotyczących prowadzonej działalności naukowej w szpitalach klinicznych. W badaniu wzięło udział 20 szpitali klinicznych.¹⁰⁶

Rycina nr 9 prezentuje liczbę prowadzonych badań w latach 2016-2018.



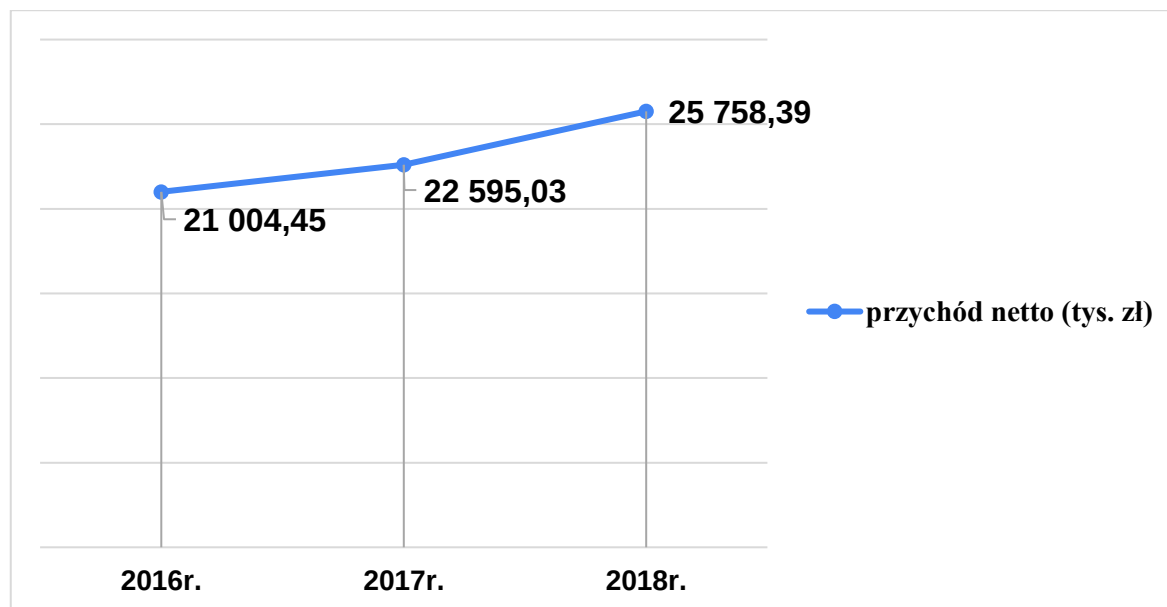
Rycina 9. Ogólna liczba badań klinicznych realizowanych w latach 2016-2018 w badanych szpitalach klinicznych

Źródło: M. Dwornikowska-Dąbrowska, Czy badania kliniczne są opłacalne, referat wygłoszony w ramach XVIII Forum Szpitali, Poznań, 17-18 października 2019.

¹⁰⁶ Wyniki przeprowadzonej ankiety zaprezentowane zostały podczas XVIII Forum Szpitali w dniach 17-18 października 2019 r. przez p. Mariolę Dwornikowską-Dąbrowską.

Kolejno w latach 2016-2018 prowadzonych było: w 2016 r. – 1053 badania, w 2017 r. – 994 badania, w 2018 r. – 1034 badania.

Na rycinie nr 10 przedstawiono wartość przychodów netto (w tys. zł) z prowadzonych badań klinicznych w latach 2016-2018 w szpitalach klinicznych, które wzięły udział w badaniu PUSK.



Rycina 10. Przychód roczny netto z przeprowadzanych badań klinicznych w latach 2016-2018 w ankietowanych szpitalach (w zł)

Źródło: M. Dwornikowska-Dąbrowska, Czy badania kliniczne są opłacalne?, referat wygłoszony w ramach XVIII Forum Szpitali, Poznań, 17-18 października 2019.

W 2016 r. roczna wartość przychodów netto z przeprowadzanych badań klinicznych w ankietowanych szpitalach wynosiła kolejno: 21 004,45 zł w 2016 r., 22 595,03 zł w 2017 r., w 2018 r. 25 758,39 zł.

9.9. Dydaktyka w szpitalu klinicznym

Dydaktyka obok prowadzonych badań klinicznych, jest elementem odróżniającym szpitale kliniczne od innych podmiotów leczniczych. Kwestie prowadzonej w szpitalach dydaktyki reguluje UODL w rozdziale 4. Zgodnie z zapisami UODL działalność lecznicza może również polegać na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Ponadto podmiot leczniczy

utworzony przez uczelnię medyczną jest obowiązany do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych¹⁰⁷.

Prowadzenie dydaktyki szczegółowo opisuje ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.¹⁰⁸ Podstawowe zadania uczelni określa art. 11 ww. ustawy.

Prowadzona w szpitalach klinicznych dydaktyka odbywa się na podstawie udostępniania uczelni medycznej pomieszczeń. Udostępnienie to następuje na podstawie umowy cywilno-prawnej z uczelnią a podmiotem wykonującym działalność leczniczą. Kwestia szczegółowych zasad określających zakres umowy została uregulowana w UODL, a umowa taka powinna zawierać: 1) czas trwania umowy i warunki jej wcześniejszego rozwiązania; 2) środki finansowe należne udostępniającemu z tytułu jej realizacji, sposób przekazywania tych środków oraz zasady ich rozliczeń; 3) wykaz ruchomości i nieruchomości udostępnianych w celu jej realizacji, sposób ich udostępniania oraz zasady i warunki ich wykorzystywania; 4) określenie liczby oraz kwalifikacji zawodowych nauczycieli akademickich mających wykonywać w udostępnianej jednostce organizacyjnej zadania; 5) okoliczności, w których może nastąpić zmiana warunków umowy; 6) zasady odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez studentów, doktorantów lub nauczycieli akademickich i zasady postępowania w przypadku naruszenia przez nich porządku ustalonego przez udostępniającego; 7) zasady prowadzenia kontroli przez uczelnię medyczną w zakresie wykonywania zadań badawczych i dydaktycznych u udostępniającego; 8) zasady rozpatrywania sporów wynikających z jej realizacji¹⁰⁹.

Ponadto UODL wskazują, że uczelnia medyczna jest zobowiązana do przekazywania udostępniającemu środki finansowe na realizację zadań dydaktycznych i badawczych¹¹⁰.

Jak wynika z raportu NIK pn. *Funkcjonowanie szpitali klinicznych* przeprowadzonej w latach 2013-2014 wśród 12 kontrolowanych szpitali klinicznych aż w 5 z nich stwierdzono nieprawidłowości nie zawierające określonych UODL elementów.

¹⁰⁷ M. Zamroczyńska *Struktura organizacyjna szpitala klinicznego*, [w:] M. Urbaniak (red.) *Zarządzanie szpitalem klinicznym*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2020, s. 53.

¹⁰⁸ Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2021 poz. 478).

¹⁰⁹ Art. 89 UODL.

¹¹⁰ Art. 90 UODL.

Ponadto środki finansowe, przekazywane przez podmioty tworzące czyli uczelnie medyczne tytułem udostępniania jednostek organizacyjnych szpitali na realizację zadań dydaktycznych, w badanym przez kontrolerów roku akademickim nie pokrywały kosztów ponoszonych przez szpitale z tego tytułu. Przyznawane one były niezależnie od faktycznych kosztów realizacji zadań dydaktycznych, tym samym niezależnie od ilości studentów i wymiaru zajęć dydaktycznych realizowanych na terenie klinik. Ustalając wynagrodzenie dla szpitali kierowano się wysokością dotacji przekazanej z MZ na ten cel. Ponadto zastrzeżenia NIK dotyczyły prawidłowości rozliczeń pomiędzy szpitalami a uczelniami¹¹¹.

Z badań ankietowanego przeprowadzonego wśród Członków Polskiej Unii Szpitali Klinicznych wynika, że poszczególne składowe zawartych umów różnią się między uczelniami medycznymi. Z ankiety przeprowadzonej wśród 15 szpitali klinicznych wynikało, że wszystkie posiadają zawartą umowę na prowadzenie dydaktyki, jednakże sposób rozliczania się oraz wartość środków uzyskiwanych od podmiotu tworzącego różni się między podmiotami, czasem w sposób diametralny¹¹².

W kontekście personelu prowadzącego dydaktykę podstawy zatrudnienia nauczycieli akademickich uczelni medycznych w szpitalu klinicznym uregulowane zostały w art. 92 UODL. Nauczyciele akademicy w szpitalach klinicznych mogą być zatrudnieni:

- 1) w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę określającej zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 2) na podstawie umowy cywilnoprawnej określającej w szczególności zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych.

Zakres umów zawarty został w art. 112 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce¹¹³.

¹¹¹ Raport NIK *Funkcjonowanie szpitali klinicznych*, Warszawa 2015

¹¹² Raport z badania ankietowego Polskiej Unii Szpitali Klinicznych: *Zasady współpracy pomiędzy szpitalem a podmiotem tworzącym (UM) w zakresie dydaktyki i nauki (dane zbierane w okresie grudzień 2019 -styczeń 2020)*, raport nie publikowany, dostępny w Biurze Zarządu PUSK.

¹¹³ Z. Kubot *Samozatrudnienie nauczycieli akademickich uczelni medycznej w szpitalu klinicznym*, https://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/42756/21_Zdzislaw_Kubot.pdf, s. 230, dostęp: 20.02.2021 r.

Powyżej ukazana podstawowa charakterystyka związana ze szpitalami klinicznymi w naszym kraju przynagla do pogłębionej analizy i refleksji, której podejmuje się Autorka w dalszej części pracy, współuczestnicząc w wielowymiarowej działalności koordynującej reprezentację tych szpitali. Być może prezentowana praca ma szansę – po zrealizowaniu wskazanych poniżej celów badań, przyczynić się – choćby w skromnej mierze – do znalezienia wspólnych płaszczyzn dobrego funkcjonowania tych szpitali w naszym kraju.

10. Cel pracy

Celem pracy doktorskiej było ukazanie wybranych aspektów zarządzania szpitalami klinicznymi. Do analizy wybrano poniżej wskazane obszary:

- I. Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym,
- II. Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym,
- III. Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym,
- IV. Narzędzia wykorzystywane do zarządzania organizacją,
- V. Strategia komunikacji wewnętrznej,
- VI. Strategia komunikacji zewnętrznej,
- VII. Jakość w szpitalu klinicznym,
- VIII. Sytuacja finansowa szpitala,
- IX. Nauka w szpitalu klinicznym,
- X. Dydaktyka w szpitalu klinicznym,
- XI. Prognoza długoterminowa.

W toku procesu badawczego sformułowano cel główny, którym jest identyfikacja czynników wpływających na zarządzanie szpitalami klinicznymi, a także określono cele szczegółowe, które zostały wymienione poniżej.

1. Ukazanie składowych czynników wpływających na zarządzanie w szpitalu oraz różnorodności rozwiązań zarządczych stosowanych w polskich szpitalach klinicznych.
2. Ukazanie wpływu trzech płaszczyzn funkcjonowania szpitali klinicznych (dydaktyka, nauka, świadczenie usług zdrowotnych) na zarządzanie szpitalami.
3. Wskazanie organów wspomagających podejmowanie decyzji dyrekcyjnych w szpitalach klinicznych oraz ich roli w procesie zarządzania.
4. Ukazanie specyfiki szpitali klinicznych w kontekście prowadzonej komunikacji zewnętrznej oraz wewnętrznej.
5. Ukazanie specyfiki szpitali klinicznych w kontekście jakości.

11. Materiał i metody

Materiał badawczy stanowiły dane uzyskane od zarządzających szpitalami klinicznymi z całej Polski. Materiał badawczy zbierany był w latach 2020 – 2021.

W celu dogłębnego przeanalizowania przedmiotu badania materiał badawczy zbierany był dwuetapowo:

Etap 1. Zbieranie danych w ramach przeprowadzanych ankiet – materiał został zebrany z 34 szpitali klinicznych na łączną liczbę 38 szpitali klinicznych prowadzących działalność leczniczą w Polsce.

Etap 2. Zebranie danych w ramach przeprowadzonych wywiadów pogłębionych z kadrą zarządzającą wybranych szpitali klinicznych – zebranych zostały 4 wywiady pogłębione.

W ramach realizacji etapu pierwszego badacz podjął próbę zebrania materiału ze wszystkich szpitali klinicznych w Polsce. Spośród 38 szpitali klinicznych 34 szpitale wzięły udział w badaniu ankietowym, w tym 3 ankiety badacz wręczył dyrektorom szpitali osobiście, co wspomogło proces zbierania materiału badawczego. Pomimo wielokrotnych próśb badacza 4 podmioty lecznicze nie przekazały materiału do badań.

W ramach przeprowadzonego przez badacza etapu drugiego zbierania materiału – przeprowadzono wywiady pogłębione. Materiał zbierany był przez badacza poprzez osobiste wizyty w szpitalach klinicznych.

Dobór grupy do wywiadów pogłębionych wynikał z jednej strony z pragmatyzmu – z uwagi na w miarę swobodną możliwość dotarcia do osoby badanej, z drugiej zaś strony opierał się o pozytywny wpływ osobistej znajomości badanego z badaczem z uwagi na pracę badacza w ramach Stowarzyszenia PUSK. W ocenie badacza znajomość badanych osób mogła w pozytywny sposób wpłynąć na otwartość prezentowaną podczas wywiadu. Oczywiście osoby wybrane gwarantowały pewną reprezentatywność różnorodności i postaw związanych ze szpitalami klinicznymi. Wśród badanej grupy znalazły się cztery osoby (wskazane w kolejności przeprowadzania wywiadów): mgr Stanisław Szczepaniak – Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącieckiego w Poznaniu oraz Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, dr n. med. Paweł Daszkiewicz – Dyrektor Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera w Poznaniu, dr n. med. Przemysław Daroszewski – Dyrektor Ortopedyczno-

Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi w Poznaniu, dr hab. med. Szczepan Cofta – Naczelnny Lekarz Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu oraz Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święckiego w Poznaniu, do czerwca 2021 r. Dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu. Wywiady pogłębione przeprowadzane były na terenie szpitali klinicznych, w których zatrudnione są dane osoby, najczęściej w ich gabinetach. Każdy wywiad trwał pomiędzy 40 a 60 minut. Każdy z respondentów wyraził zgodę na nagrywanie wywiadu oraz zamieszczenie wywiadu w pracy doktorskiej. Transkrypcje wywiadów stanowią załączniki nr 3-6 do niniejszej pracy.

W celu dokonania oceny statystycznej zebranego materiału badacz dokonał podziału badanej grupy szpitali klinicznych ze względu na wybrane kryteria różnicujące.

Grupę szpitali klinicznych, które wybrano do badań (N=38) podzielono pod względem (1) liczby łóżek (przedziały: 0-300 łóżek, pow. 300-600 łóżek, pow.600 – 900 łóżek, pow. 900 łóżek), (2) wykształcenia dyrektora szpitala klinicznego (medyczne i niemedyczne), (3) wielkości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (przedziały: 0-100 mln, pow.100 mln-300 mln zł, pow. 300 mln-500 mln zł, pow. 500 mln zł), (4) wielkości zatrudnienia (przedziały: 0-1500 pracowników, pow.1500-3000 pracowników, pow. 3000 pracowników).

Wśród wyodrębnionych grup próbowano znaleźć korelacje pomiędzy:

1) liczbą łóżek a:

- posiadanie przez szpital działu zajmującego się badaniami klinicznymi,
- swobodą w dysponowaniu budżetem jednostki medycznej przez kierownika,
- cyklicznością omawiania wykonania budżetu z kierownikami,

2) wykształceniem dyrektora a:

- jej/jego opinią dot. postrzeganej współodpowiedzialności kierownika jednostki medycznej za wynik finansowy szpitala,
- postrzeganiem wpływu poszczególnych czynników na zarządzanie w najbliższych 5 latach (brak personelu lekarskiego, brak personelu pielęgniarskiego, niedostateczne finansowanie ze strony płatnika, wzrost wynagrodzeń w ochronie zdrowia, zwiększenie wpływu organu założycielskiego na działalność szpitala),

3) wielkością kontraktu z NFZ a:

- wpływem uwarunkowań zewnętrznych na zarządzanie szpitalem w kontekście zarządzania strategicznego i operacyjnego,

- wpływem uwarunkowań wewnętrznych na zarządzanie szpitalem,
- 4) wielkością zatrudnienia a:
- wpływem poszczególnych elementów na zarządzanie kadrami w szpitalu,
 - praktyką stosowania pracy zdalnej w szpitalu,
 - oceną parametrów związanych z poprawą funkcjonowania komunikacji wewnętrznej w szpitalu.

Realizacja celów badawczych wymagała analizy materiałów wtórnych. Wykorzystano zarówno publikacje polskie, jak i zagraniczne, a także z uwagi na specyfikę tematu wykorzystano akty prawne, raporty i opracowania, a także wykorzystano raporty sporządzone w ramach działalności autorki w strukturach Polskiej Unii Szpitali Klinicznych.

W toku prowadzonych prac posłużono się:

- badaniami ilościowymi;
- badaniami jakościowymi;
- wywiadami pogłębionymi;
- obserwacjami własnymi autorki.

Badania ilościowe przeprowadzono metodą ankietową. Kwestionariusz kierowany był do dyrektorów szpitali klinicznych zarządzających szpitalami klinicznymi na terenie całej Polski. Wśród pytań znajdowały się: pytania zamknięte, pytania kafeteryjne, pytania otwarte, a także - z uwagi na często obszerny charakter pytania - miejsce na uwagi i komentarze.

Ponadto na końcu ankiety uczestnik badania poinformowany został o możliwości dołączenia załączników w celu ewentualnego ubogacenia wypowiedzi już udzielonych.

Respondentami badania ankietowego byli dyrektorzy szpitali klinicznych bądź upoważnieni zastępcy dyrektorów z całej Polski. Kwestionariusz ankiety zawierał w pierwszej części informacje na temat reprezentowanego przez dyrektora szpitala klinicznego. Pytania dotyczyły: nazwy podmiotu leczniczego, charakterystyki działalności. Posiadanej liczby łóżek według Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, liczby lokalizacji szpitala. Aby dopełnić charakterystykę

ankietowanego szpitala, zapytano o kwestie zasobów ludzkich: liczbę pracowników (w tym pracowników medycznych oraz pracowników administracyjnych)

Następnie ankieta w swojej części właściwej podzielona została na 11 części, które były odzwierciedleniem obszarów badawczych działalności szpitali. Wśród nich wyodrębniono wskazane poniżej obszary.

- I. Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym,
- II. Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym,
- III. Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym,
- IV. Narzędzia wykorzystywane do zarządzania organizacją,
- V. Strategia komunikacji wewnętrznej,
- VI. Strategia komunikacji zewnętrznej,
- VII. Jakość w szpitalu klinicznym,
- VIII. Sytuacja finansowa szpitala,
- IX. Nauka w szpitalu klinicznym,
- X. Dydaktyka w szpitalu klinicznym,
- XI. Prognoza długoterminowa.

W poszczególnych częściach znalazło się odpowiednio: I- 2 pytania, II- 4 pytania, III – 8 pytań, IV – 10 pytań, V – 10 pytań, VI – 3 pytania, VII – 15 pytań, VIII- 5 pytań, IX- 7 pytań, X- 9 pytań, XI – 1 pytanie.

Po każdym module pozostawiono wolne miejsce na możliwość dodania uwag i komentarzy.

Kwestionariusz ankiety stanowi załącznik nr 1 do niniejszej pracy.

Następnym narzędziem wykorzystanym w prowadzonych badaniach był pogłębiony wywiad indywidualny (zwany dalej IDI, ang. *individual depth interview*). Jest to metoda jakościowa, która została wykorzystana w uzupełnieniu do badań ilościowych. Metoda ta nazywana „rozmową dwóch (lub więcej) przyjaciół”¹¹⁴ Metoda ta jest zorientowana konkretny cel: zdobycie pogłębionych informacji i wiedzy, która dotyczy między innymi jaźni jednostki, przeżywanych doświadczeń, wartości i decyzji, a zatem zasadniczo różni

¹¹⁴ G. Gaskell, *Individual and Group Interviewing*, [w:] M. Bauer, G. Gaskell (red.) *Qualitative Researching with Text, Image and Sound*, London 2000, s. 51, za: M. Nicpoń, R. Marzęcki, *Pogłębiony wywiad indywidualny w badaniach politologicznych*, Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie, [w:] *Przeszłość – Teraźniejszość – Przyszłość. Problemy badawcze młodych politologów*, Kraków 2010, s.245-252.

się od zwykłej rozmowy¹¹⁵. Według Dominiki Maison IDI jest zazwyczaj blisko godzinną rozmową dwóch osób (prowadzącego i badanego), podczas której prowadzący usiłuje dotrzeć do informacji będących celem badania i pogłębić wiedzę na dany temat.¹¹⁶

Wywiady uchodzą za cenną metodę także w badaniach liderów opinii i osób trudno dostępnych, ale także osób o wyraźnej, zwartej tożsamości grupowej. Siłą rzeczy do takiej grupy należą także: politycy, urzędnicy, samorządowcy czy asystenci parlamentarni¹¹⁷. Tworzą oni przecież mniejsze lub większe grupy społeczne, a więc badaniu może podlegać zarówno istniejąca pomiędzy nimi więź subiektywna, więź obiektywna, jak i więź behawioralna. Ze względu na objęcie badaniem kadry zarządzającej szpitalami klinicznym (dyrektorów szpitali klinicznych) metoda IDI wydaje się być odpowiednia.

W ramach prowadzonych badań zastosowano metodę wywiadu swobodnego ukierunkowanego polegającego na stworzeniu tzw. dyspozycji do wywiadu, które stanowią listę potrzeb informacyjnych. Lista tych potrzeb jest określona ogólnie. Zgodnie z definicją tej metody, pytania badacza odnoszą się najczęściej do zagadnień szczegółowych, ale mają charakter pytań otwartych.¹¹⁸ Celem wykorzystania techniki wywiadu pogłębionego było pozyskanie informacji na temat poszczególnych, wybranych obszarów działalności szpitali klinicznych, które były przedmiotem również badania ankietowego.

W ramach wykorzystanej techniki przeprowadzenia wywiadów pogłębionych sporządzono w pierwszej kolejności scenariusz wywiadu stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej pracy. Zadaniem wywiadu pogłębionego było poznanie opinii kadry zarządzającej- dyrektorów oraz zastępców dyrektorów na tematy związane z obszarami działalności szpitala klinicznego, którymi na co dzień zarządzają w ramach pełnionych obowiązków. Obszary, które zostały poruszone podczas wywiadów, są odzwierciedleniem obszarów, które zostały wyodrębnione w ramach badania

¹¹⁵ J.M. Johnson, *In-depth Interviewing*, [w:] J.F. Gubrium, J.A. Holstein (red.) *Handbook of Interview Research: Context & Method*, Thousand Oaks 2002, s. 104, za: M. Nicpoń, R. Marzęcki op. cit., s.245-252.

¹¹⁶ Dominika Maison podkreśla, że „często nadużywa się nazw wywiad pogłębiony i IDI, określając tak wszystkie wywiady indywidualne (one-to-one), również ustrukturalizowane i prowadzone na podstawie kwestionariusza”. D. Maison, *Jakościowe metody badań marketingowych*, [w:] D. Maison, A. Noga-Bogomilski (red.), *Badania marketingowe. Od teorii do praktyki*, Gdańsk 2007, s. 6.

¹¹⁷ M. Nicpoń, R. Marzęcki Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie, [w:] *Przeszłość – Terazniejszość – Przyszłość. Problemy badawcze młodych politologów* Kraków 2010, s.245-252.

¹¹⁸ K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. PWN, Warszawa 2000.

ankietowego, a więc: 1) Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym, 2) Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym, 3) Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym, 4) Narzędzia wykorzystywane do zarządzania organizacją, 5) Strategia komunikacji wewnętrznej, 6) Strategia komunikacji zewnętrznej, 7) Jakość w szpitalu klinicznym, 8) Sytuacja finansowa szpitala, 9) Nauka w szpitalu klinicznym, 10) Dydaktyka w szpitalu klinicznym, 11) Prognoza długoterminowa.

Analizę uzyskanych danych oraz interpretację zebranych wywiadów pogłębionych dokonano w oparciu o strategię afirmatywną. W przypadku tej strategii badacz sformułował pytania i hipotezy badawcze, następnie stworzył koncepcję badań, uszeregował dane w oparciu o wybrane obszary, które podlegały badaniu. Następnie dokonał analizy danych oraz wysunął wnioski poprzez analizę poszczególnych aspektów poruszanych z rozmówcami, które są również obszarami badanymi w kwestionariuszu ankiety w badaniu ilościowym.

W celu pogłębienia analizy uzyskanych danych badacz wykorzystał metody statystyczne dla celu określenia zależności wybranych aspektów działalności szpitali klinicznych w grupie szpitali klinicznych.

Dla zapewnienia wiarygodności naukowej przeprowadzonych badań uzyskane wyniki z kwestionariusza ankiety poddano analizie statystycznej przy użyciu programu IBCO Software Inc. (2017). Statistica (data analysis software system), version 13. <http://statistica.io>. We wszystkich przeprowadzonych testach za wartość istotną statystycznie uznano $p < 0,05$. Do analiz statystycznych użyto następujących testów: test Fishera Freemana Haltona, dokładny test Fishera, Manna Whitneya, Kruskala Wallisa, współczynnik korelacji rangowej Spearmana.

Podczas prowadzonych badań autorka bazowała również na swoim doświadczeniu zdobytym podczas pięcioletniej współpracy z zarządzającymi szpitalami klinicznymi z całej Polski¹¹⁹

¹¹⁹ Współpraca z dyrektorami szpitali klinicznych w ramach Stowarzyszenia Polska Unia Szpitali Klinicznych w latach 2016-2022.

Badania doprowadziły do zrealizowania zadań badawczych i osiągnięcia określonych celów rozprawy poprzez potwierdzenie sformułowanych hipotez i tez wyrażonych w pracy. Wyniki badań oraz wnioski stanowią treść niniejszej pracy.

12. Wyniki badania ankietowego

12.1. Charakterystyka badanej grupy

W badaniu ankietowym wzięły udział 33 szpitale kliniczne w formie samodzielnych publicznych szpitali klinicznych oraz 1 szpital kliniczny prowadzony w ramach spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, czyli łącznie 34 podmioty z 38 szpitali klinicznych w Polsce.

W opinii badacza grupa jest reprezentatywna z uwagi na to, że pomimo, iż badacz nie uzyskał ankiet z 4 szpitali klinicznych (Stomatologiczne Centrum Kliniczne Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni SP ZOZ Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku), w tym od jednego z podmiotów leczniczych uzyskano pisemną informację o braku możliwości zaangażowania się w wypełnienie ankiety z powodu braków kadrowych (Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach), to jednak wydaje się, że brak danych z ww. placówek w istotny sposób nie przyczynił się do rzetelności przeprowadzonego badania.

Prezentowane wyniki badań zostały zanonimizowane, prezentowane są w sposób zagregowany, nie wskazując na konkretny szpital kliniczny.

Wśród ankietowanych szpitali znalazły się szpitale kliniczne reprezentujące każdą uczelnię medyczną w Polsce.

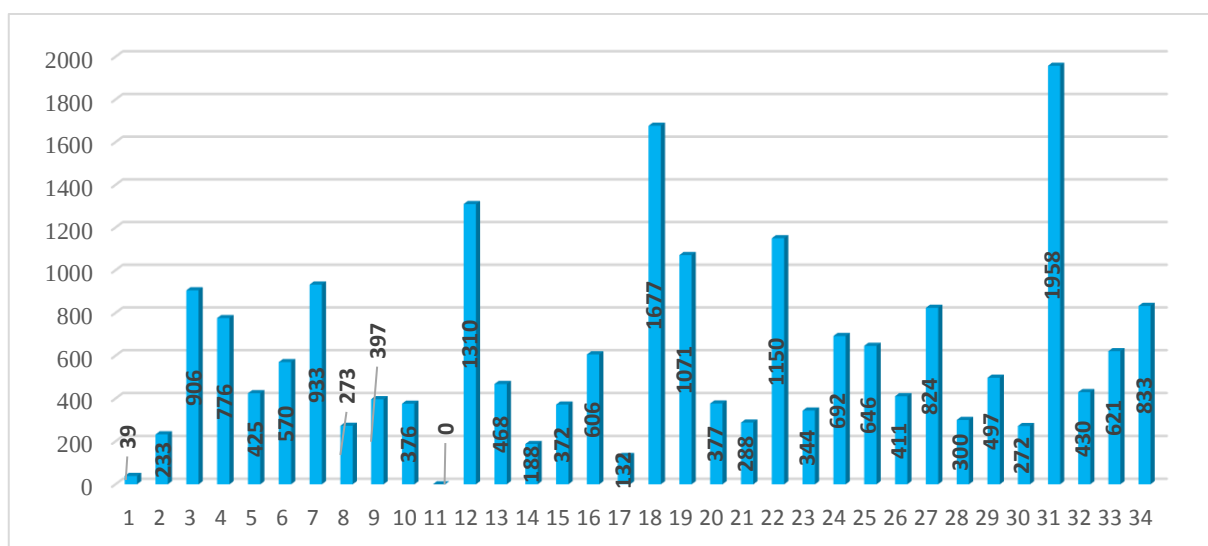
Wśród ankietowanych szpitali w podziale na podmiot tworzący można wskazać następujący podział:

1. Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku – 2 szpitale;
2. Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – 1 szpital;
3. Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – 4 szpitale;
4. Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – 3 szpitale;
5. Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – 3 szpitale;
6. Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – 5 szpitali;
7. Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie – 2 szpitale;
8. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – 3 szpitale;

9. Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu – 1 szpital;
10. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie – 1 szpital;
11. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – 2 szpitale;
12. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie Collegium Medicum – 4 szpitale;
13. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie – 1 szpital;
14. Uniwersytetu Opolskiego – 1 szpital;
15. Uniwersytet Zielonogórski – 1 szpital.

Wśród badanych szpitali 29 szpitali stanowiło szpitale wielospecjalistyczne, 5 szpitali stanowiło szpitale monospecjalistyczne.

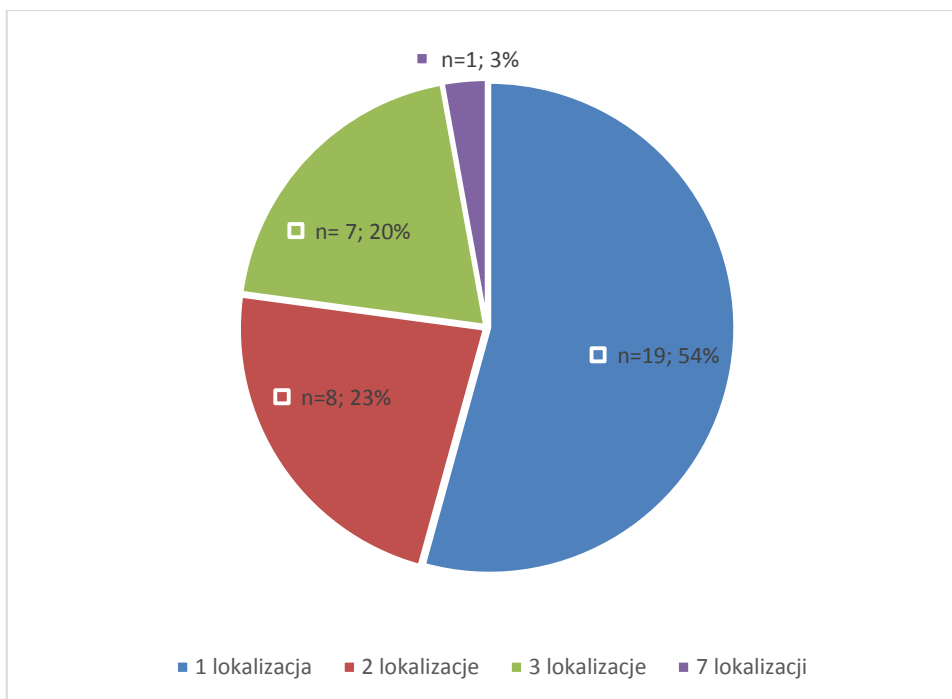
Liczbę łóżek na dzień 30 grudnia 2020 r. w szpitalach klinicznych, które wzięły udział w badaniu prezentuje rycina nr 11.



Rycina 11. Liczba łóżek szpitalnych w poszczególnych szpitalach klinicznych biorących udział w badaniu (według stanu na dzień 30.12.2020 r.)

Liczba łóżek w szpitalach klinicznych kształtuje się w przedziale od 0 (w przypadku szpitali klinicznych o profilu stomatologicznym) do 1958 łóżek.

Szpitale kliniczne posiadają łóżka w jednej bądź kilku lokalizacjach. Na rycinie nr 12 zaprezentowano liczbę lokalizacji, w których zlokalizowane są szpitale kliniczne. Wielość lokalizacji szpitala może stanowić pewne wyzwanie zarządcze w kontekście organizacyjnym i logistycznym.



Rycina 12. Liczba lokalizacji poszczególnych szpitali klinicznych N=34

Szpitala kliniczne w ponad połowie przypadków posiadają jedną lokalizację (n=19, 54%), w 23% (n=8) posiadają dwie lokalizacje, w 20% zlokalizowane są w trzech lokalizacjach (n=7). Jeden ze szpitali (n=1, 3%) znajduje się, aż w siedmiu lokalizacjach.

Kadra szpitali klinicznych łącznie liczy według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. bez względu na formę zatrudnienia - 69 032 osoby. Łączna liczba etatów personelu zatrudnionego w szpitalach klinicznych to 34 378 etatów.

Poniżej prezentuję liczbę pracowników medycznych i pracowników administracji w poszczególnych szpitalach bez względu na formę zatrudnienia.

12.2. Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym

Zarządzanie szpitalem klinicznym podlega wpływom wielu czynników zewnętrznych. Badacz podjął próbę zdefiniowania tych czynników wskazując osiem elementów, które - w jego opinii - mogą mieć wpływ na sposób zarządzania szpitalem klinicznym przez dyrektora. Wśród zdefiniowanych czynników znalazły się:

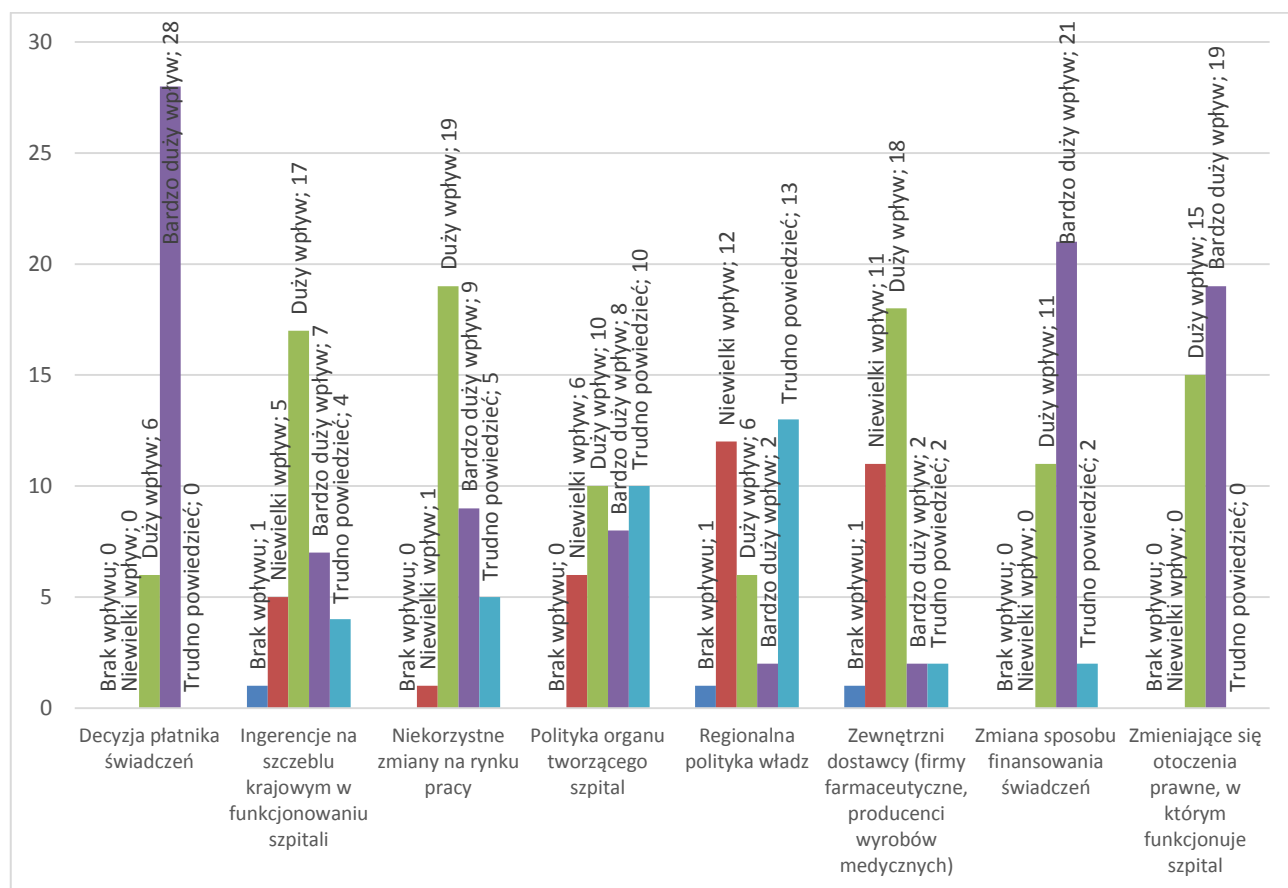
- a) zmieniające się otoczenie prawne, w którym funkcjonuje szpital,
- b) decyzje płatnika świadczeń,
- c) niekorzystne zmiany na rynku pracy,
- d) zmiana sposobu finansowania świadczeń,

- e) polityka organu tworzącego szpital,
- f) regionalna polityka władz,
- g) zewnętrzni dostawcy (firmy farmaceutyczne, producenci wyrobów medycznych)
- h) ingerencje na szczeblu krajowym w funkcjonowanie szpitali,
- i) inne (proszę wskazać).

Poproszono dyrektorów o określenie mocy poszczególnych czynników w skali, gdzie 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ.

Wyżej wymienione czynniki rozpatrywano w kontekście wpływu na zarządzanie strategiczne oraz zarządzanie operacyjne szpitalem.

Na rycinie nr 13 zaprezentowano rozkład odpowiedzi związanych z oceną siły oddziaływania poszczególnych czynników zewnętrznych na zarządzanie strategiczne w opinii dyrektorów szpitali klinicznych.



Rycina 13. Wpływ wybranych czynników zewnętrznych na zarządzanie strategiczne szpitalem klinicznym w ocenie dyrektorów szpitali klinicznych (N=34)

Natomiast w tabeli nr 4 zaprezentowano częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi na pytanie dotyczące wpływu poszczególnych czynników zewnętrznych na zarządzanie strategiczne szpitalem klinicznym.

Tabela 4. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-h) na pytanie nr 1

Pyt. 1 Na zarządzanie strategiczne szpitalem klinicznym, według Pani/Pana mają wpływ następujące czynniki zewnętrzne (ocień w skali od 0 do 4, gdzie: 0- brak wpływu, 1- niewielki wpływ, 2- trudno powiedzieć, 3- duży wpływ, 4- bardzo duży wpływ)												
Rangi	0	1	2	3	4	Iloczyn liczebności i rang						
Kolejność	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Σ	SR
a) zmieniające się otoczenia prawne, w którym funkcjonuje szpital	0	0	0	15	19	0	0	0	45	76	121	24,2
b) decyzja płatnika świadczeń	0	0	0	6	28	0	0	0	18	112	130	26
c) niekorzystne zmiany na rynku pracy	0	1	5	19	9	0	1	10	57	36	104	20,8
d) zmiana sposobu finansowania świadczeń	0	0	2	11	21	0	0	4	33	84	121	24,2
e) polityka organu tworzącego szpital	0	6	10	10	8	0	6	20	30	32	88	17,6
f) regionalna polityka władz	1	12	13	6	2	0	12	26	18	8	64	12,8
g) zewnętrzni dostawcy (firmy farmaceutyczne, producenci wyrobów medycznych)	1	11	2	18	2	0	11	4	54	8	77	15,4
h) ingerencje na szczeblu krajowym w funkcjonowaniu szpitali	1	5	4	17	7	0	5	8	51	28	92	18,4

N=34, SR (średnia ranga)= Σ/n

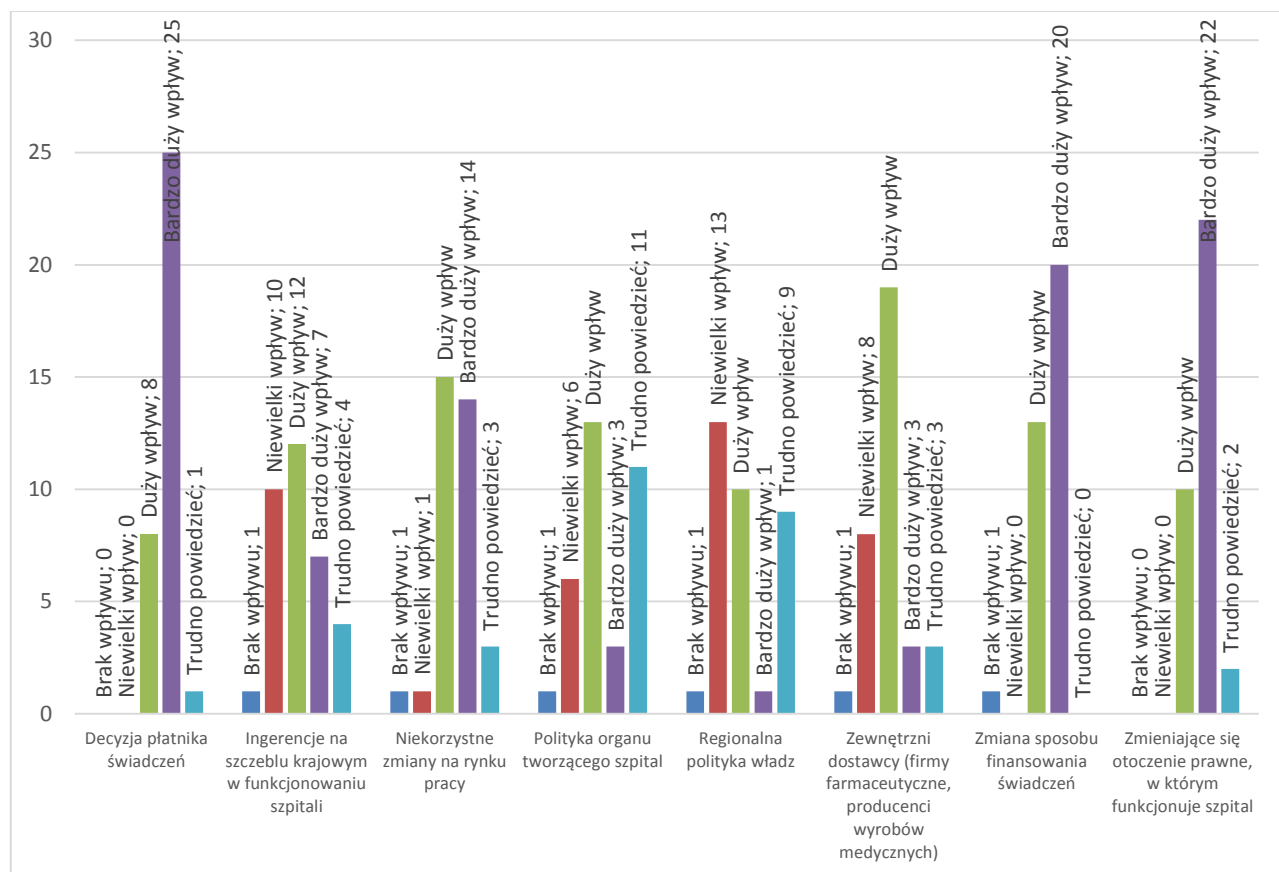
Zgodnie z danymi zaprezentowanymi w tabeli nr 4 dyrektorzy szpitali klinicznych ocenili kolejno wpływ poszczególnych czynników na zarządzanie strategiczne:

- decyzje płatnika świadczeń - SR=26,
- zmieniające się otoczenie prawne, w którym funkcjonuje szpital – SR=24,2,
- zmiana sposobu finansowania świadczeń - SR=24,2,

Dodatkowo dwa szpitale wskazały na cztery dodatkowe czynniki nie wskazane przez badacza:

- media,
- pandemia,
- pozwolenia,
- czynniki epidemiologiczne.

Następnie poproszono respondentów o wskazanie wpływu tych samych czynników zewnętrznych, tym razem na zarządzanie operacyjne szpitalem klinicznym. Na rycinie nr 14 ukazano rozkład odpowiedzi na to pytanie.



Rycina 14. Wpływ wybranych czynników zewnętrznych na zarządzanie operacyjne szpitalem klinicznym w ocenie dyrektorów szpitali klinicznych (N=34)

Ponadto tabela nr 5 ilustruje częstość wyboru poszczególnych odpowiedzi (a-h) na pytanie dotyczące wpływu wybranych czynników zewnętrznych na zarządzanie operacyjne.

Tabela 5. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-h) na pytanie nr 2

Pyt. 2 Na zarządzanie operacyjne szpitalem klinicznym, według Pani/Pana mają wpływ następujące czynniki zewnętrzne (ocień w skali od 0 do 4, gdzie: 0- brak wpływu, 1- niewielki wpływ, 2- trudno powiedzieć, 3- duży wpływ, 4- bardzo duży wpływ)												
Rangi	0	1	2	3	4	Iloczyn liczebności i rang						
Kolejność	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Σ	SR
a) zmieniające się otoczenia prawne, w którym funkcjonuje szpital	0	0	2	10	22	0	0	4	30	88	122	24,4
b) decyzja płatnika świadczeń	0	0	1	8	25	0	0	4	24	100	128	25,6
c) niekorzystne zmiany na rynku pracy	1	1	3	15	14	0	1	6	45	56	108	21,6
d) zmiana sposobu finansowania świadczeń	1	0	0	13	20	0	0	0	39	80	119	23,8
e) polityka organu tworzącego szpital	1	6	11	13	3	0	6	22	39	12	79	15,8
f) regionalna polityka władz	1	13	9	10	1	0	13	18	30	4	65	13
g) zewnętrzni dostawcy (firmy farmaceutyczne, producenci wyrobów medycznych)	1	8	3	19	3	0	8	6	57	12	83	16,6
h) ingerencje na szczeblu krajowym w funkcjonowaniu szpitali	1	10	4	12	7	0	10	8	36	28	82	16,4

N=34, SR (średnia ranga)= Σ/n

Wśród czynników, które wskazano jako mające bardzo duży wpływ (4) na zarządzanie operacyjne znalazły się:

- decyzja płatnika świadczeń - SR=25,6,
- zmieniające się otoczenie prawne, w którym funkcjonuje szpital – SR=24,4,
- zmiana sposobu finansowania świadczeń – SR=23,8.

Ponadto dwóch przedstawicieli szpitali wskazało na dodatkowe czynniki, które mają w ich opinii wpływ na zarządzanie operacyjne:

- dedykowane dla poszczególnych grup regulacje płac (dotyczy tylko etatów) – wskazując wpływ na poziomie 4 – bardzo duży,
- media – wskazując wpływ na poziomie 1.

Wśród komentarzy przedstawiciel jednego ze szpitali zawarł – taki jak poniżej – komentarz:

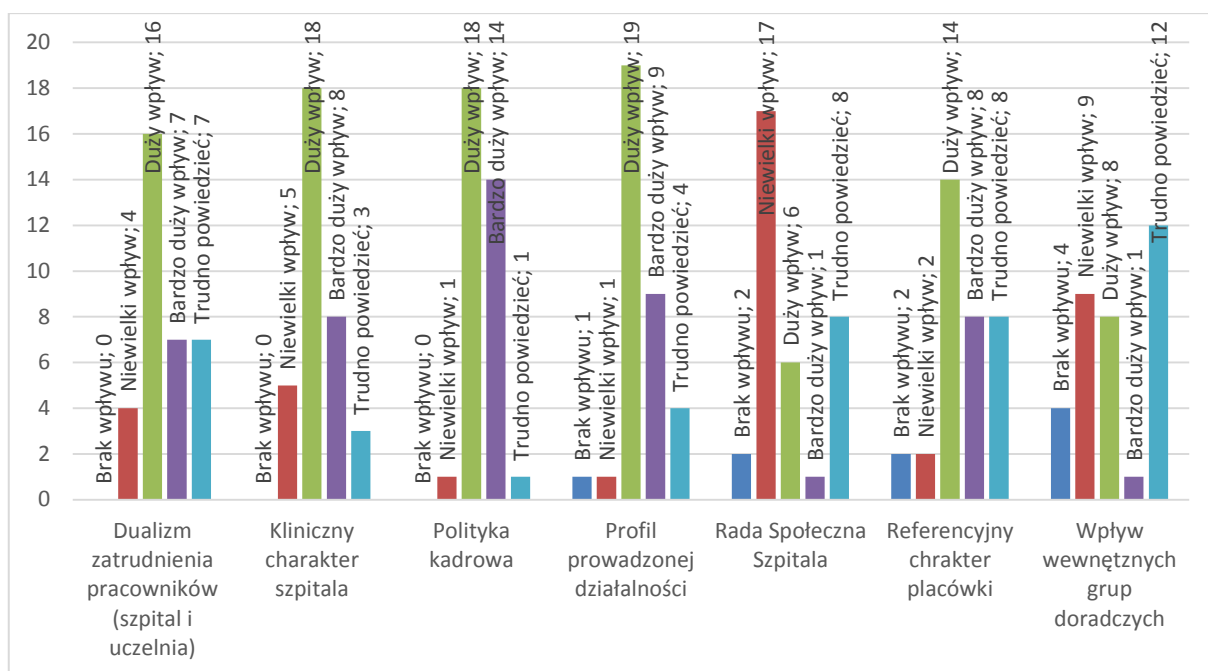
Wpływ na zarządzanie operacyjne mają instytucje kontrolne takie jak: Państwowa Inspekcja Pracy, Inspekcja Sanitarna, Nadzór Farmaceutyczny oraz NIK - gdzie wydane zalecenia pokontrolne w sposób istotny wpływają w szczególności na organizację pracy w szpitalu , a często pociągają za sobą duże wydatki finansowe, często nie mające pokrycia w planie finansowym szpitala (co wiąże się z brakiem ponownego przeszacowania świadczeń w naszym przypadku jako szpitala w całości dedykowanego pacjentom pediatrycznym wielu JGP np. w zakresie neurologii dziecięcej czy laryngologii dziecięcej - od wielu już lat pozostającej na tym samym bardzo niskim poziomie wyceny poszczególnych JGP w tych właśnie obszarach).

12.3. Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym

W kolejnym etapie badacz podjął próbę zdiagnozowania czynników wewnętrznych, które mają wpływ na szeroko pojęte zarządzanie szpitalem klinicznym, bez podziału na zarządzanie strategiczne i operacyjne, jak miało to miejsce w przypadku uwarunkowań zewnętrznych. Zdiagnozowane zostały obszary, które według badacza mogą mieć wpływ na zarządzanie szpitalem klinicznym, wywodzące się z wewnątrz organizacji. Wśród takich uwarunkowań znalazły się:

- a) polityka kadrowa,
- b) rada społeczna szpitala,
- c) kliniczny charakter szpitala,
- d) dualizm zatrudnienia pracowników (szpital i uczelnia),
- e) referencyjny charakter placówki,
- f) wpływ wewnętrznych grup doradczych,
- g) profil prowadzonej działalności,
- h) inne – możliwość wskazania innych elementów, które w ocenie respondentów stanowią ważny element mogący wpływać na zarządzanie szpitalem klinicznym.

Respondenci poproszeni zostali o ocenę wpływu ww. elementów w skali od 0 do 4, gdzie 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ. Na rycinie nr 15 zaprezentowano rozkład udzielonych odpowiedzi.



Rycina 15. Wpływ wybranych czynników otoczenia wewnętrznego na zarządzanie szpitalem klinicznym w ocenie dyrektorów szpitali klinicznych (N=34)

Natomiast w tabeli nr 6 zaprezentowano statystyczną częstość wyboru poszczególnych czynników otoczenia wewnętrznego wpływającego na zarządzanie szpitalem klinicznym.

Tabela 6. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-g) na pytanie nr 3

Pyt. 3 Proszę ocenić jaki wpływ mają poszczególne elementy otoczenia wewnętrznego na zarządzanie w szpitalu klinicznym oceń w skali od 0 do 4, (gdzie: 0- brak wpływu, 1- niewielki wpływ, 2- trudno powiedzieć, 3- duży wpływ, 4- bardzo duży wpływ)												
Rangi	0	1	2	3	4	Iloczyn liczebności i rang						
Kolejność	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Σ	SR
a) polityka kadrowa	0	4	7	16	7	0	4	14	48	28	94	18,8
b) rada społeczna szpitala	2	17	8	6	1	0	17	16	18	4	55	11
c) kliniczny charakter szpitala (prowadzona w nim dydaktyka)	0	4	7	16	7	0	4	14	48	28	94	18,8
d) dualizm zatrudnienia pracowników (szpital i uczelnia)	0	4	7	16	7	0	4	14	48	28	94	18,8
e) referencyjny charakter placówki	2	2	8	14	8	0	2	16	42	32	92	18,4
f) wpływ wewnętrznych grup doradczych	4	9	12	8	1	0	9	24	24	4	61	12,2
g) profil prowadzonej działalności	1	1	4	19	9	0	1	8	57	36	102	20,4

N=34, SR (średnia ranga)= Σ/n

Wśród elementów, którym przyporządkowana najwyższy wpływ, znalazły się:

- profil prowadzonej działalności – SR=20,4,
- polityka kadrowa – SR=18,8,
- kliniczny charakter szpitala - SR=18,8,
- dualizm zatrudnienia pracowników (szpital i uczelnia) – SR=18,8.

Elementami, którym przyporządkowano najniższy wpływ były:

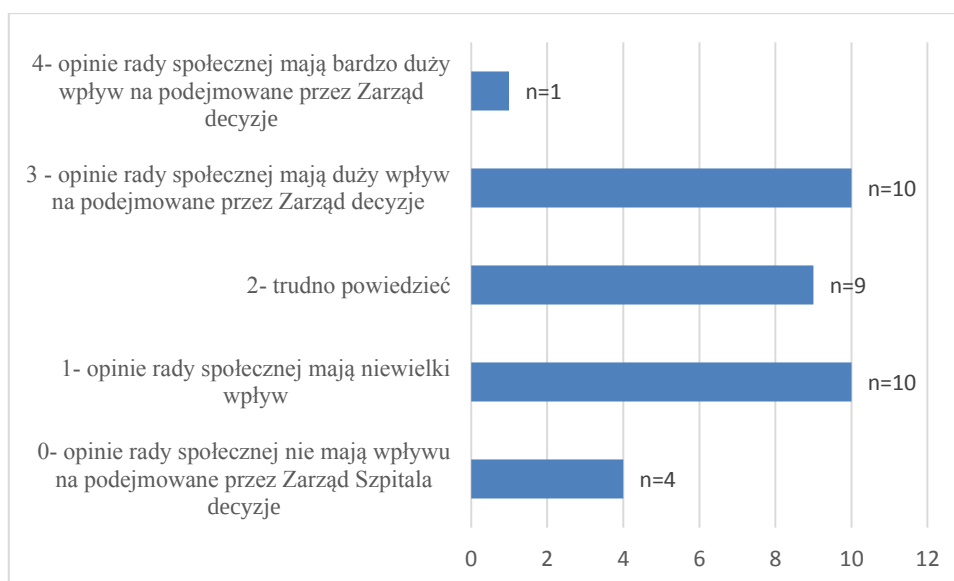
- rada społeczna szpitala – SR=11,
- wpływ wewnętrznych grup doradczych – SR=12,2.

Dodatkowo przedstawiciel jednego ze szpitali w komentarzu do pytania wskazał:

duży wpływ ma połączenie zadań z zakresu dydaktyki , wspierania projektów naukowych i rozwoju kadry medycznej zatrudnionej w szpitalu lub pracowników dydaktycznych - gdzie praktycznie ze względów zapisów prawa nie są to zadania odrębnie finansowane, a nałożone zostały na szpital statutem zatwierdzonym przez Podmiot tworzący , czyli Uczelnię - ze specyficzną rolą szpitala klinicznego jako placówki realizującej przede wszystkim zadania z zakresu leczenia dzieci, pomocy rodzicom sprawującym dodatkową opiekę nad chorym dzieckiem, ale także rolę placówki dydaktycznej.

Następnie poproszono dyrektorów szpitali o dokonanie oceny wpływu rady społecznej na strategię zarządzania szpitalem w skali od 0 (opinia rady społecznej nie ma wpływu na podejmowane przez Zarząd decyzje) do 4 (opinia rady społecznej ma bardzo duży wpływ).

Na rycinie nr 16 ukazano rozkład udzielonych odpowiedzi.



Rycina 16. Ocena dyrektorów szpitali klinicznych dotycząca wpływu rady społecznej na strategię zarządzania szpitalem (N=34)

Na rycinie 16 możemy zaobserwować, że najczęściej wybieranymi ocenami wpływu rady społecznej na strategię zarządzania szpitalem wskazywane były odpowiedzi:

- opinia rady społecznej mają niewielki wpływ (ocena 1) n=10,
- opinie rady społecznej mają duży wpływ na podejmowane przez Zarząd decyzje (ocena 3) n=10.

Ponadto, w celu poznania stylu zarządzania dyrektorów szpitali klinicznych, zbadano deklarowany przez dyrektorów szpitali klinicznych deklarowany przez nich poziom autonomii komórek medycznych w szpitalach.

Według wskazań dyrektorów na skali gdzie: 0 - brak autonomii, 4 - pełna autonomia dyrektorzy odpowiedzi kształtowały się następująco:

- ocena: 2 (n=18),
- ocena 3 (n=12),
- ocena 1 (n=4).

Nikt z zarządzających nie wskazał oceny 0 (braku autonomii) ani oceny 4 (pełna autonomia).

Następnie poproszono dyrektorów o ocenę autonomii komórek administracyjnych szpitala. Według wskazań dyrektorów zgodnie ze skalą jak powyżej, gdzie: 0-brak autonomii, 4-pełna autonomia dyrektorzy szpitali wskazywali następująco:

- ocena 1 (n=14),

- ocena 2 (n=9),
- ocena 3 (n=7),
- ocena 0 (n=3).

Nikt z zarządzających nie oceny 4 (pełna autonomia).

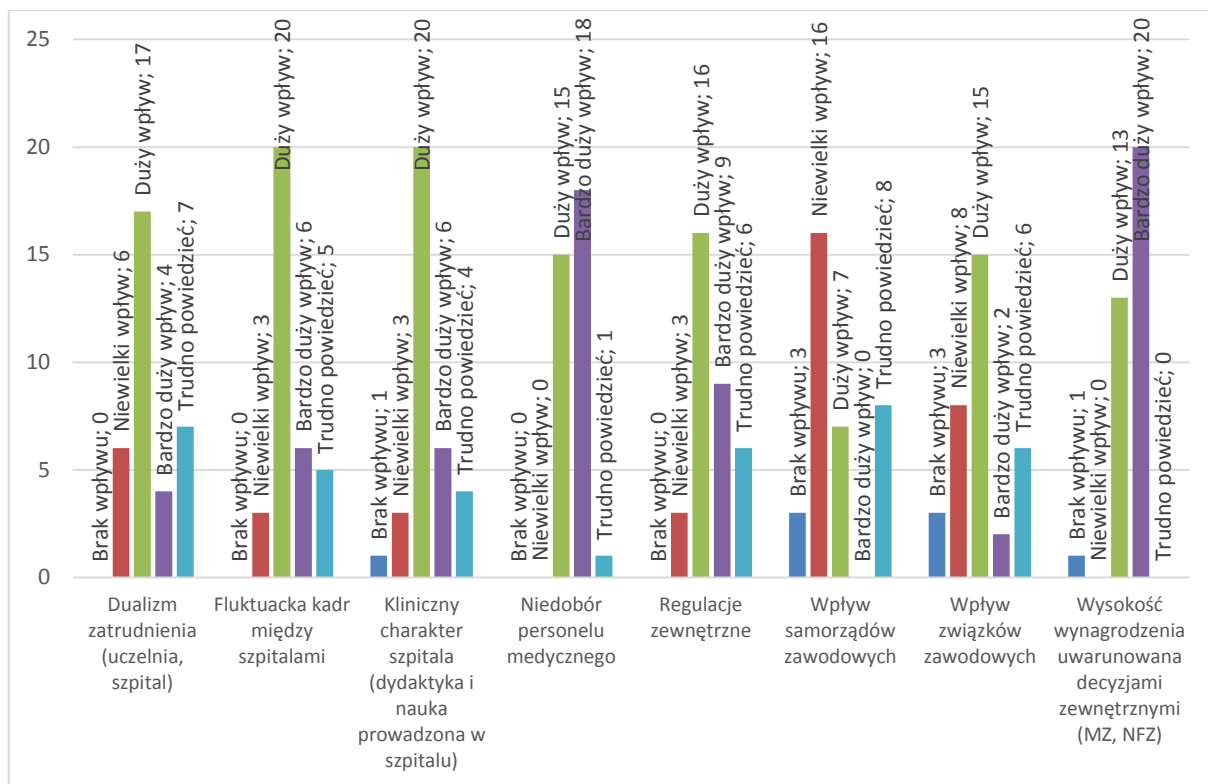
12.4. Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym

Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym jest kluczowym aspektem w kontekście zapewnienia prawidłowego funkcjonowania szpitala. W kwestionariuszu ankiet znalazło się dziewięć pytań skierowanych do zarządzających szpitalami klinicznymi dotyczących tego aspektu działalności zarządczej.

Badacz zdefiniował czynniki, które w jego opinii mogą mieć wpływ na sposób zarządzania kadrami w szpitalu klinicznym. Wśród zdefiniowanych czynników znalazły się:

- a) fluktuacja kadr między szpitalami,
- b) niedobór personelu medycznego,
- c) dualizm zatrudnienia (uczelnia, szpital),
- d) regulacje zewnętrzne,
- e) kliniczny charakter szpitala (dydaktyka i nauka prowadzona w szpitalu),
- f) wysokość wynagrodzenia uwarunkowana decyzjami zewnętrznymi (MZ, NFZ),
- g) wpływ związków zawodowych,
- h) wpływ samorządów zawodowych,
- i) inne - możliwość wskazania innych elementów, które w ocenie respondentów stanowią ważny element mogący wpływać na zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym.

Respondenci poproszeni zostali o ocenę wpływu ww. elementów w skali od 0 do 4, gdzie 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ. Na rycinie nr 17 zaprezentowano graficzny rozkład udzielonych odpowiedzi.



Rycina 17. Wpływ poszczególnych elementów na proces zarządzania kadrami w szpitalu klinicznym w ocenie dyrektorów szpitali klinicznych (N=34)

Ponadto w tabeli nr 7 ukazano częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-h) na ww. pytanie.

Tabela 7. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-h) na pytanie nr 7

Pyt. 7 W jakim stopniu poszczególne elementy według Pani/Pana wpływają na proces zarządzania kadrami w szpitalu klinicznym w grupie KADRY MEDYCZNEJ (w skali od 0 do 4, gdzie: 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ)													
Rangi	0					Ilość liczebności i rang					Σ	SR	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
a) fluktuacja kadr między szpitalami	0	3	5	20	6	0	3	10	60	24	97	19,4	
b) niedobór personelu medycznego	0	0	1	15	18	0	0	2	45	72	119	23,8	
c) dualizm zatrudnienia (uczelnia, szpital)	0	6	7	17	4	0	6	14	51	16	87	17,4	
d) regulacje zewnętrzne	0	3	6	16	9	0	3	12	48	36	99	19,8	
e) kliniczny charakter szpitala (dydaktyka i nauka prowadzona w szpitalu)	1	3	4	20	6	0	3	8	60	24	95	19	
f) wysokość wynagrodzenia uwarunkowana decyzjami zewnętrznymi (MZ, NFZ)	1	0	0	13	20	0	0	0	39	80	119	23,8	
g) wpływ związków zawodowych	3	8	6	15	2	0	8	12	45	8	73	14,6	
h) wpływ samorządów zawodowych	3	16	8	7	0	0	16	16	21	0	53	10,6	

N=34, SR (średnia ranga)= Σ/n

Elementy, które zostały wskazane przez dyrektorów mające największy wpływ na proces zarządzania kadrami w grupie kadry medycznej to:

- niedobór personelu medycznego – SR=23,8,
- wysokość wynagrodzenia uwarunkowana decyzjami zewnętrznymi (MZ, NFZ) – SR=23,8.

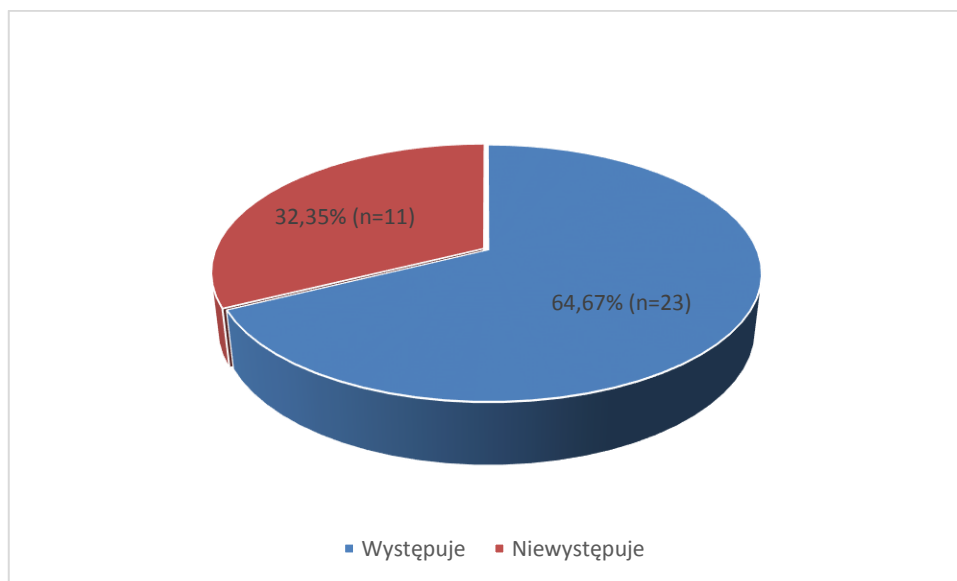
Dodatkowo jeden ze szpitali w pozycji „inne” wskazał:

- brak personelu medycznego w województwie, przyporządkowując temu elementowi ocenę 4.

Najniższy wpływ w ocenie dyrektorów szpitali na zarządzanie w grupie kadry medycznej mają:

- wpływ samorządów zawodowych – SR=10,6,
- wpływ związków zawodowych – SR=14,6.

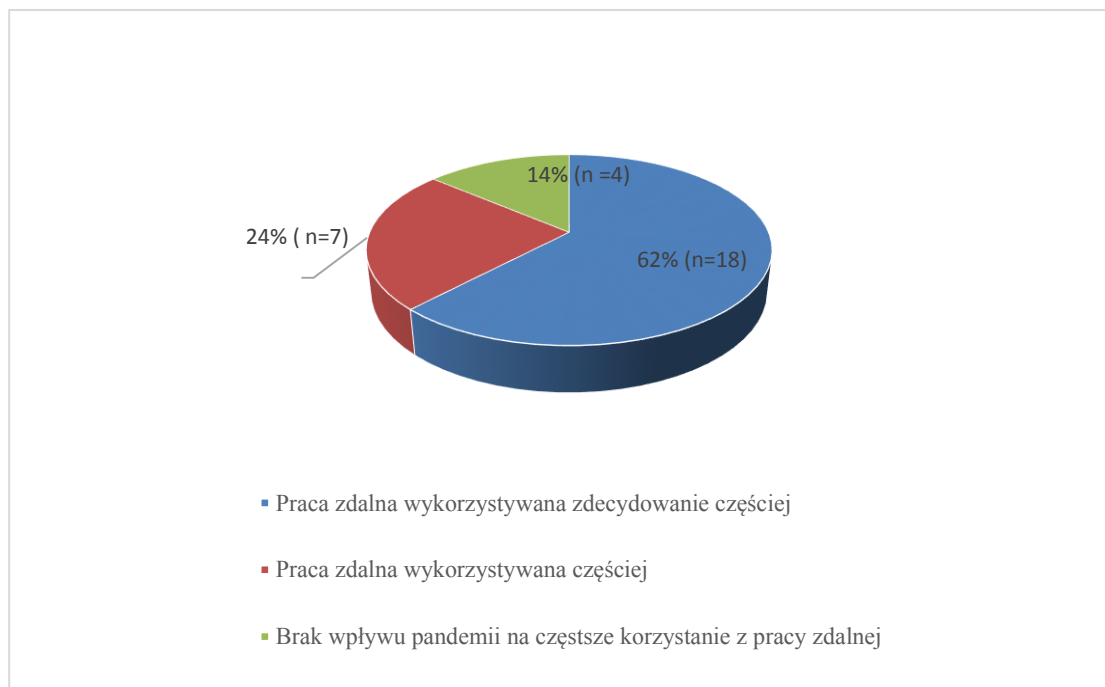
Z uwagi na obserwowane od ponad roku zmiany zachodzące na rynku pracy w kontekście pandemii COVID-19 dyrektorzy szpitali klinicznych zapytani zostali o praktykowanie pracy zdalnej w szpitalu. Udzielone odpowiedzi zawarte zostały na rycinie nr 18.



Rycina 18. Występowanie pracy zdalnej w szpitalach klinicznych (N=34)

W ankietowanych szpitalach klinicznych w 23 szpitalach praca zdalna była praktykowana, w 11 szpitalach praca zdalna nie była praktykowana.

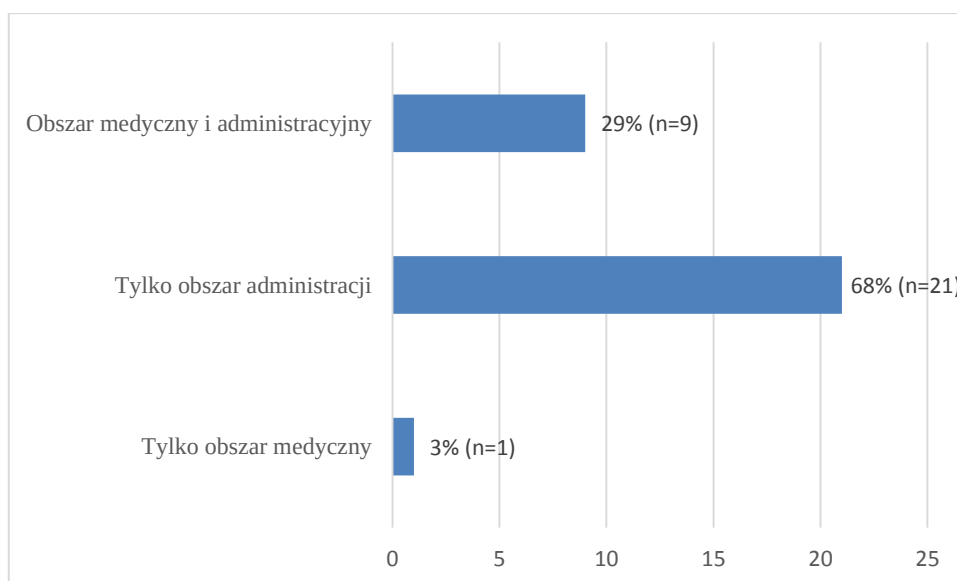
Dyrektorzy szpitali klinicznych zapytani zostali o wskazanie czy pandemia COVID-19 wpłynęła na wykorzystywanie pracy zdalnej w szpitalu klinicznym. Na rycinie nr 19 zaprezentowano rozkład udzielonych odpowiedzi.



Rycina 19. Wpływ pandemii COVID-19 na częstość wykorzystywania pracy zdalnej w szpitalach klinicznych (N=29)

Wyniki wskazują, iż w 62% (n=18) praca zdalna była zdecydowanie częściej praktykowana, niż przed pandemią, praca zdalna była praktykowana częściej w opinii 24% (n=7) dyrektorów szpitali, 14% dyrektorów szpitali klinicznych wskazało na brak wpływu pandemii COVID-19 na wykorzystywanie pracy zdalnej w kierowanych przez nich szpitalach.

Dyrektorzy szpitali poproszeni zostali o wskazanie obszarów działalności szpitala, w których praktykowana była praca zdalna. Na rycinie nr 20 zaprezentowano wskazane obszary.



Rycina 20. Obszary działalności szpitali klinicznych, w których praktykowana jest praca zdalna (N=31)

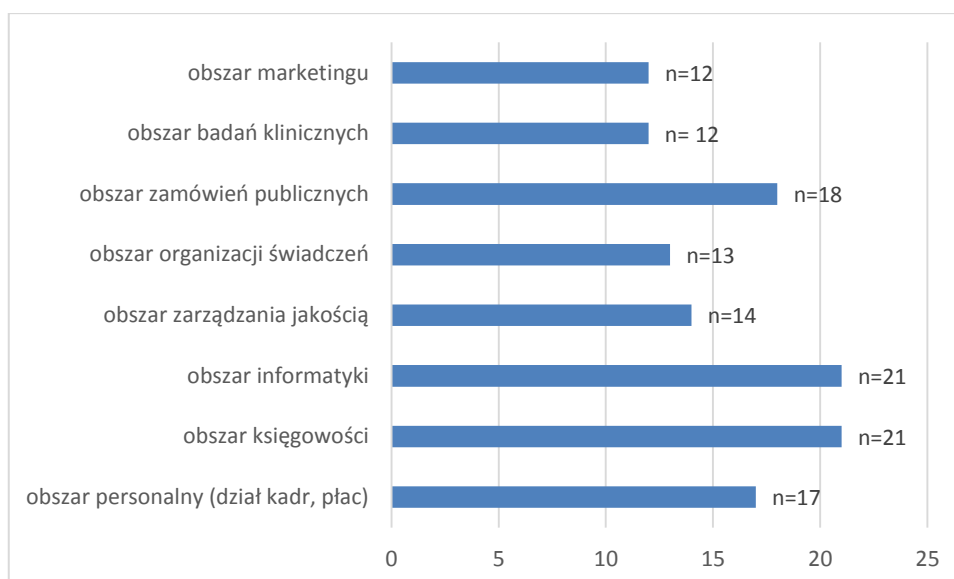
W szpitalach klinicznych najczęściej praktykowana była praca zdalna w obszarze administracji (n=21, 68%), w niektórych szpitalach zarówno w obszarze medycznym, jak i administracji (n=9, 29%), w jednym przypadku praca zdalna była praktykowana jedynie w obszarze medycznym (n=1, 3%).

Następnie zarządzający szpitalami poproszeni zostali o wskazanie obszarów medycznych w jakich świadczona była praca zdalna w szpitalu.

Wśród wskazań znalazły się:

- głównie pielęgniarki , ale i lekarze też korzystali z formy pracy zdalnej (głównie dla czynności dokumentacyjnych) oraz w celu rozgęszczenia kadry - do czasu zaszczepienia personelu w szpitalu (n=1),
- porady telefoniczne w ramach AOS i POZ (n=4),
- teleradiologia (n=1).

Dyrektorzy szpitali poproszeni zostali o wskazanie obszarów działalności administracyjnej, w których świadczona była praca zdalna. Na rycinie nr 21 ukazane zostały te obszary.



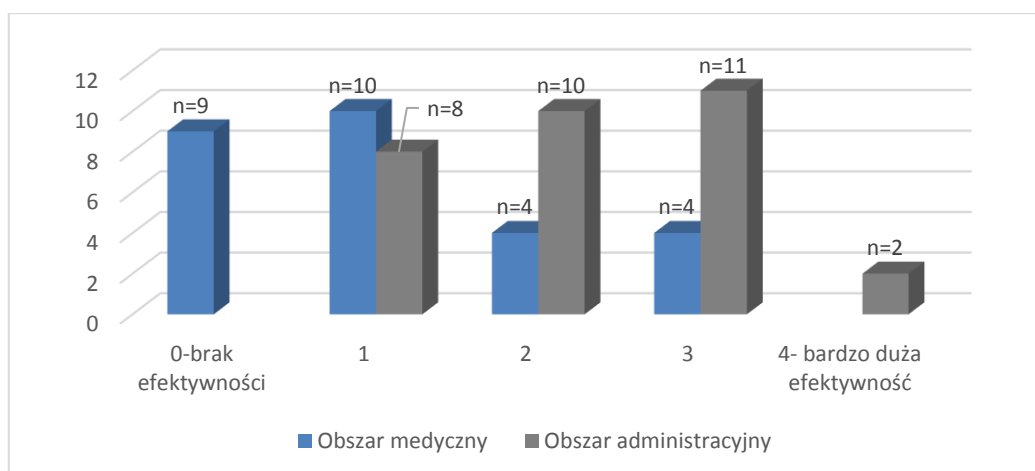
Rycina 21. Obszary działalności administracyjnej szpitali klinicznych, w których praktykowana jest praca zdalna

Jak można zauważyć na rycinie nr 21, praca zdalna świadczona była w każdym ze wskazanych w ankiecie obszarów. Dodatkowo oprócz obszarów wylistowanych dyrektorzy wskazywali na inne obszary administracji szpitala, nie ujęte w wykazie wskazanym w ankiecie. Wśród nich znalazły się również: dział organizacyjno-prawny, dział zdrowia publicznego, dział audytu.

Zarządzający szpitalami klinicznymi zapytani zostali o to, czy praca zdalna jest nadal kontynuowana w takim samym wymiarze jak w szczycie pandemii. Wśród 31 odpowiedzi (n=31) wśród ponad połowy szpitali praca zdalna nie jest już praktykowana (n=19), natomiast u części szpitali praca zdalna jest kontynuowana, ale w mniejszym zakresie (n=12).

W kontekście praktykowania pracy zdalnej w szpitalu dyrektorzy poproszeni zostali o ocenę efektywności pracy zdalnej w obszarze medycznym i administracyjnym.

Oceny efektywności pracy zdalnej w ww. obszarach zaprezentowane zostały na rycinie nr 22.

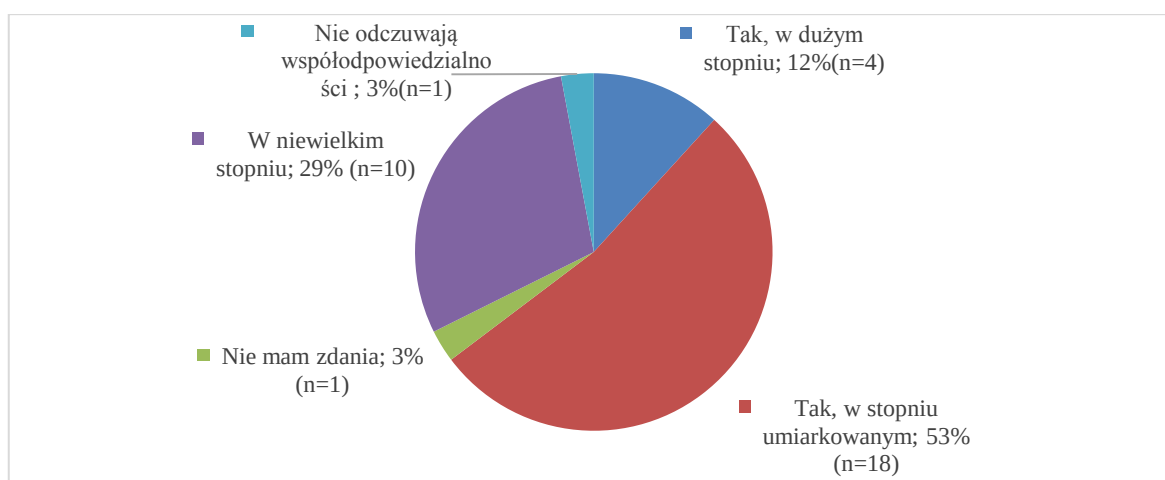


Rycina 22. Ocena efektywności pracy zdalnej w obszarze medycznym (N=27) i obszarze administracyjnym (N=29) w opinii dyrektorów szpitali klinicznych

Jak wynika z uzyskanych ocen dyrektorzy szpitali klinicznych ocenili efektywność pracy w zakresie od 0 do 3 dla personelu medycznego oraz od 1 do 4 dla personelu administracyjnego. Najwięcej ocen dyrektorów w kontekście pracy zdalnej personelu medycznego skupiało się na ocenie 0 oraz 1. Natomiast ocena efektywności pracy zdalnej dla obszaru administracji rosła w zakresie od 1 do 3.

12.5. Narzędzia wykorzystywane do zarządzania organizacją

W kolejnej części badania ankietowego badacz skupił się na kwestii postrzegania przez dyrekcję szpitala współodpowiedzialności kierowników komórek organizacyjnych za wynik finansowy szpitala. Rozkład udzielonych odpowiedzi zaprezentowano na rycinie nr 23.

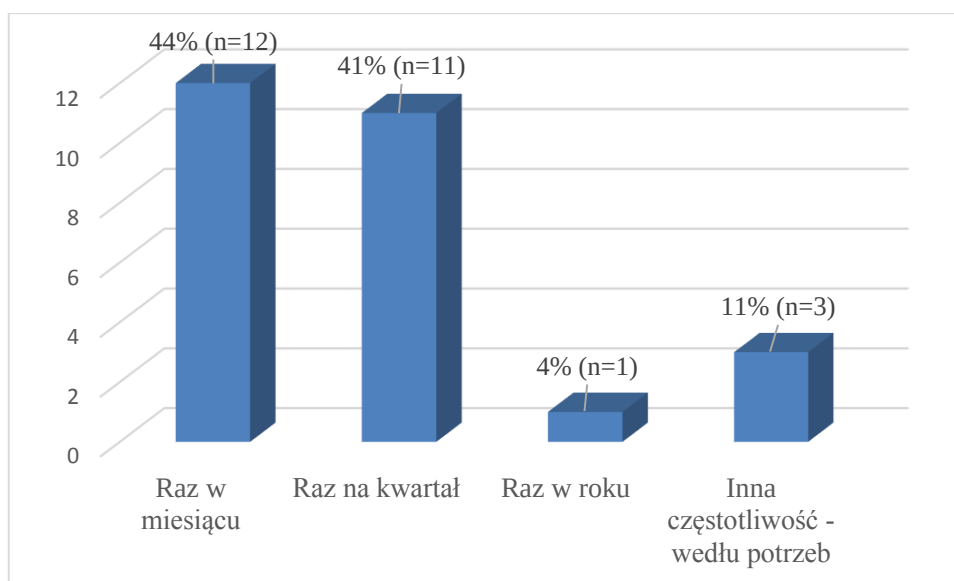


Rycina 23. Współodpowiedzialność kierowników komórek organizacyjnych za wynik finansowy szpitala w opinii dyrektorów szpitali (N=34)

Według opinii blisko 53% kadry zarządzającej szpitalami klinicznymi kierownicy komórek organizacyjnych w stopniu umiarkowanym odczuwają współodpowiedzialność za wynik finansowy szpitala (n=18), 29% dyrektorów szpitali klinicznych sądzi, że w niewielkim stopniu kadra zarządzająca komórkami organizacyjnymi odczuwa współodpowiedzialność za wynik finansowy szpitala, blisko 12% dyrektorów twierdzi, że kierownicy w dużym stopniu czują współodpowiedzialność za kondycję finansową szpitala (n=4), ok 3% (n=1) pytanym nie ma zdania na ten temat, tyle samo pytanym (n=1) uważa, że kierownicy nie odczuwają współodpowiedzialności.

Następnie badacz zapytał dyrektorów o to, czy kierownicy poszczególnych jednostek medycznych (oddziałów, poradni, pracowni) posiadają wyodrębnione budżety, którymi mogą dysponować. Wśród respondentów 38% (n=13) wskazała, że istnieje częściowa autonomia w dysponowaniu budżetem jednostki medycznej przez kierownika, 35% (n=12) dyrektorów wskazało, że jednostki medyczne w kierowanych przez nich szpitalach nie posiadają swoich wyodrębnionych budżetów w zarządzaniu, a 20,5% (n=12) dyrektorów wskazało, że kierownicy jednostek medycznych w niewielkim stopniu posiadają autonomię w dysponowaniu budżetem. Jedynie 6% respondentów (n=2) wskazało, że wszystkie jednostki medyczne posiadają swój wyodrębniony budżet i istnieje pełna autonomia w dysponowaniu budżetem przez kierowników danej jednostki.

Następnie dyrektorzy szpitali klinicznych poproszeni zostali o wskazanie, czy wykonanie budżetów poszczególnych komórek medycznych jest omawiane, a jeśli tak to z jaką częstotliwością. Odpowiedzi zobrazowane zostały na rycinie nr 24.



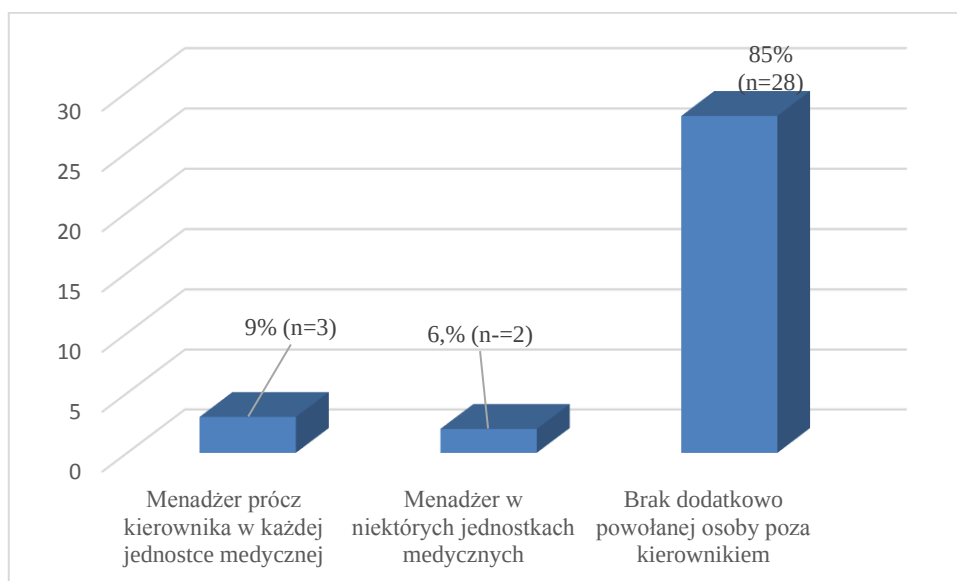
Rycina 24. Częstotliwość omawiania wykonania budżetu przez jednostki medyczne w poszczególnych szpitalach klinicznych (N=27)

Wykonanie kontraktu przez jednostki medyczne omawiane jest raz w miesiącu (n=12), w niektórych szpitalach raz na kwartał (n=11). Część dyrektorów deklaruje omawianie realizacji budżetu według potrzeb (n=3), a jeden z dyrektorów wskazał, że omówienie takie dokonywane jest raz do roku (n=1).

W kontekście omawiania z kierownikami wykonania budżetów jednostek badacz zapytał dyrektorów, w jaki sposób zarząd szpitala przekazuje kierownikom informację na temat prowadzonej działalności. W przeważającej części ankietowanych szpitali (n=24) kierownikom jednostek przekazywane są comiesięczne raporty z działalności, w 3 szpitalach (n=3) kierownikom ustanawiany jest elektroniczny dostęp do raportów online w czasie rzeczywistym, w tych szpitalach raporty przekazywane są również dodatkowo co miesiąc. W 10 ankietowanych szpitalach klinicznych (n=10) raporty przekazywane są kwartalnie, w 2 szpitalach (n=2) raporty przekazywane są w cyklu tygodniowym. Ponadto w jednym ze szpitali (n=1) raporty były dostępne dla kierowników zarówno: online, jak i w częstotliwości co miesiąc i co kwartał, w trzech szpitalach (n=3) raporty te były przekazywane w zarówno w czasie rzeczywistym, jak i co miesiąc.

Dyrektorzy szpitali klinicznych proszeni byli o wskazanie czy w szpitalu - oprócz kierowników komórek organizacyjnych - powołani zostali również menadżerowie

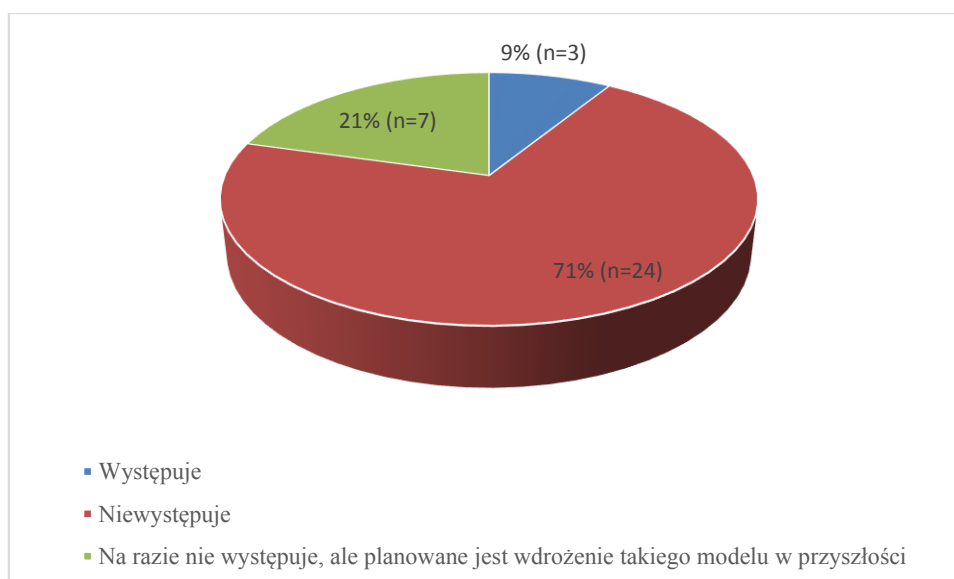
zarządzający budżetem danej jednostki. Odpowiedzi na to pytanie zobrazowane zostały na rycinie nr 25.



Rycina 25. Występowanie stanowiska menadżera zarządzającego budżetem w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitali klinicznych (poza osobą kierownika komórki) (N=33)

W większości badanych szpitali dodatkowe stanowisko menedżera w danych jednostkach organizacyjnych nie zostało powołane (n=28), menadżer w każdej jednostce medycznej istnieje w trzech szpitalach klinicznych (n=3), w dwóch szpitalach (n=2) występuje w niektórych jednostkach medycznych).

Dyrektorzy szpitali klinicznych poproszeni zostali o wskazanie, czy w szpitalu – oprócz stosują mechanizm powiązania wyniku finansowego danej jednostki z wysokością wypłacanego wynagrodzenia dla kierownika danej jednostki.



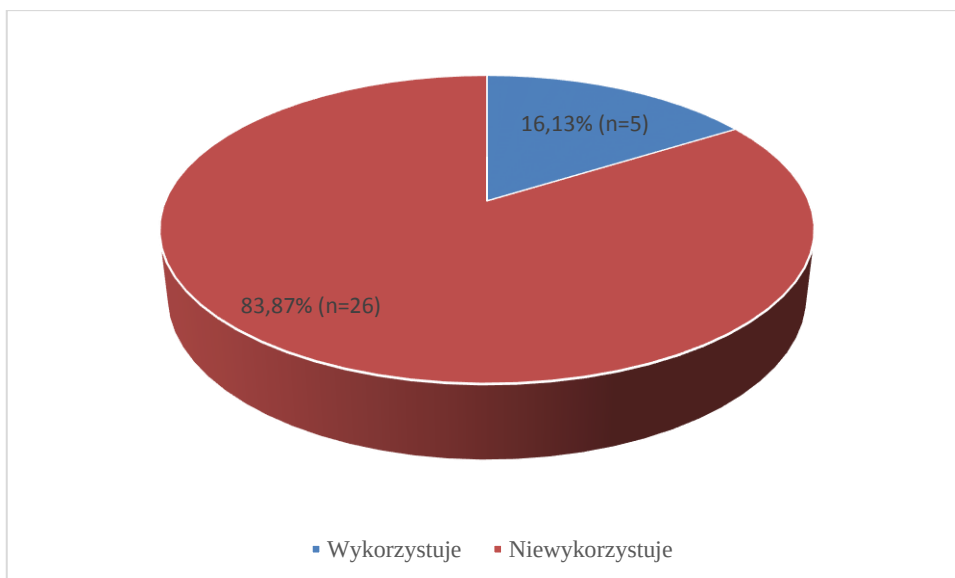
Rycina 26. Występowanie w szpitalach klinicznych modelu powiązania wyniku finansowego oddziału/komórki z wynagrodzeniem kierownika jednostki (N=34)

Jak wynika z danych zawartych na rycinie nr 26, w większości badanych szpitali mechanizm ten nie funkcjonuje (n=24), w siedmiu przypadkach (n=7) dyrektor deklaruje chęć wprowadzenia takiego mechanizmu, trzech dyrektorzy deklaruje stosowanie takiego mechanizmu w kierowanym przez siebie szpitalu (n=3).

Zarządzających szpitalami, w których model powiązania wyniku finansowego jednostki powiązany jest z wynagrodzeniem kierownika, dyrektorzy wskazali na zastosowanie następujących mechanizmów:

- nagroda roczna,
- u osób zatrudnionych w systemie kontraktowym są ustalone cele zarządcze które posiadają stosowne wagi procentowe przy realizacji których wyliczana jest premia roczna,
- premie, nagrody,
- powiązany z *EBITDA*¹²⁰.

¹²⁰ EBITDA to zysk wypracowany przez firmę z uwzględnieniem jej kosztów wewnętrznych, ale bez uwzględnienia amortyzacji jako kosztu, który nie stanowił wydatku, oraz odsetek, których wysokość uzależniona jest od sposobu finansowania majątku firmy. Amortyzacja oraz koszty finansowe nie zależą od samej firmy, od jej działalności operacyjnej. EBITDA jest jakby czystym zyskiem wypracowanym przez firmę z jej działalności operacyjnej. Źródło: W. Krzeszowski, "Mierniki oceny zarządu – analiza krytyczna". Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza. Teoria i praktyka. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Nr 444, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 2016, s. 123-124



Rycina 27. Odsetek szpitali wykorzystujących elektroniczne narzędzia do zarządzania portfelem realizowanych projektów (N=34)

Na rycinie nr 27 zaprezentowany został odsetek szpitali, które wykorzystują (16,13%, n=5) oraz nie wykorzystują (83,87%, n=26) elektronicznych narzędzi do zarządzania portfelem realizowanych w szpitalu projektów.

Dyrektorzy szpitali, którzy wykorzystują elektroniczne narzędzia do zarządzania portfelem realizowanych projektów, wskazywali na następujące programy:

- *programy informatyczne IMPULS i ESKULAP,*
- *MS TO DO,*
- *BOS, program własny Szpitala,*
- *CO plus - program controllingowy, BI Nexus - raporty Esculap,*
- *Centralny system Teleinformacyjny SL2014, Platforma Obsługi Projektów Inwestycyjnych MZ.*

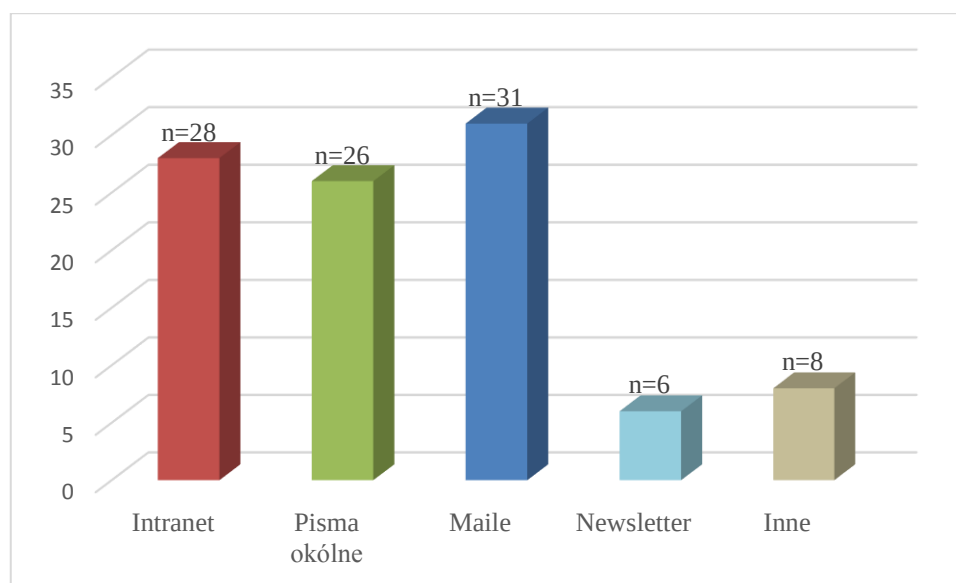
Należy jednak stwierdzić, że część wskazanych przez szpitale programów to powszechnie używane programy związane bezpośrednio z kwestią sprawozdawania i rozliczania środków w ramach otrzymanych dotacji i są obligatoryjne do wykorzystywania (SL2012, Platforma obsługi projektów inwestycyjnych).

Ponadto część z programów jest programami medycznymi (Eskulap), nie dedykowanymi do zarządzania realizowanymi projektami, w związku z powyższym wydaje się, że respondenci nie w pełni poprawnie zrozumieli kierowane do nich pytanie, zgodnie z intencją je zadającego.

12.6. Strategia komunikacji wewnętrznej

Chcąc określić strategię komunikacji wewnętrznej w szpitalach klinicznych badacz sformułował w kwestionariuszu ankiety dziesięć pytań dotyczących funkcjonowania tego obszaru.

Dyrektorzy szpitali klinicznych poproszeni zostali o wskazanie wykorzystywanych w szpitalu kanałów komunikacji. Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Wyniki zaprezentowane zostały na rycinie nr 28.



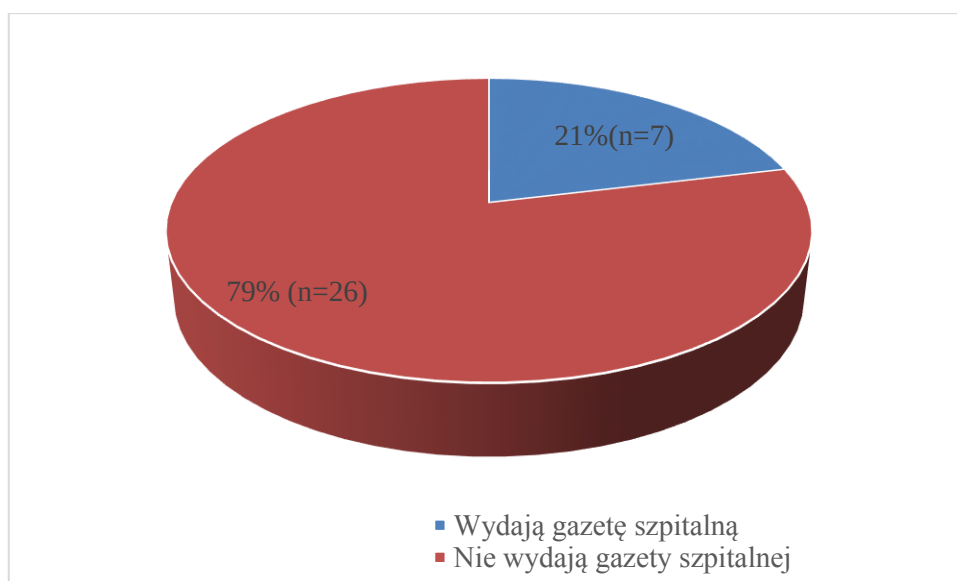
Rycina 28. Kanały komunikacji wykorzystywane w szpitalach klinicznych (N=34)

Najczęściej wybieranym kanałem komunikacji były maile kierowane do pracowników (n=31), następnie wewnętrzny Intranet (n=28), kolejno pisma okólne (n=26), w sześciu szpitalach do pracowników kierowane są newslettery (n=6), część respondentów wskazała również na inne kanały komunikacji, nie wymienione przez badacza.

Wśród innych kanałów komunikacji dyrektorzy szpitali wskazali:

- *wdrażanie programu e-pracownik,*
- *komunikator,*
- *cykliczne spotkania,*
- *bezpośrednie spotkania.*

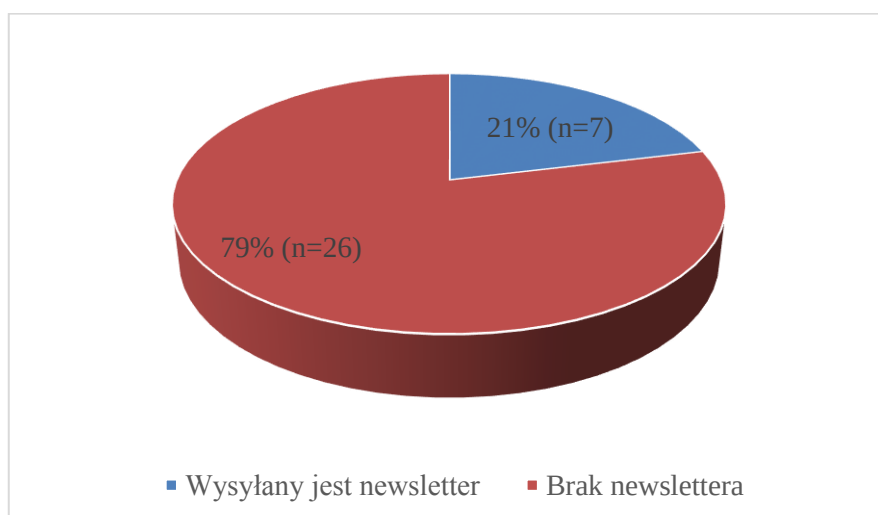
Badacz zapytał respondentów czy szpital wydaje gazetę szpitalną. Rycina nr 29 obrazuje rozkład udzielonych odpowiedzi.



Rycina 29. Odsetek szpitali wydających gazetę/czasopismo szpitalne w szpitalu klinicznym (N=33)

W 79% szpitali (n=26) gazeta szpitalna nie jest wydawana, w 21% (n=7) szpitali wykorzystuje się narzędzie komunikacji w postaci periodyku szpitalnego. Gazeta szpitalna, która ukazuje się w siedmiu szpitalach ma formę zarówno papierową, jak i elektroniczną w sześciu przypadkach (n=6), w jednym przypadku (n=1) ma jedynie formę papierową.

Korzystanie z przesyłania newsletterów do swoich pracowników nie jest częstą praktyką w szpitalach klinicznych. Na rycinie nr 30 zaprezentowano rozkład odpowiedzi na pytanie czy w szpitalu rozsyłany jest newsletter do pracowników.



Rycina 30. Odsetek szpitali klinicznych przesyłających newsletter do swoich pracowników (N=33)

W 79% szpitali klinicznych newsletter nie jest przesyłany (n=26), takie narzędzie komunikacji wykorzystywane jest jedynie w 21% szpitali klinicznych (n=7).

Zaledwie w dwóch szpitalach klinicznych wskazano, że wydawana jest i gazeta szpitalna i przesyłany jest newsletter do pracowników (n=2).

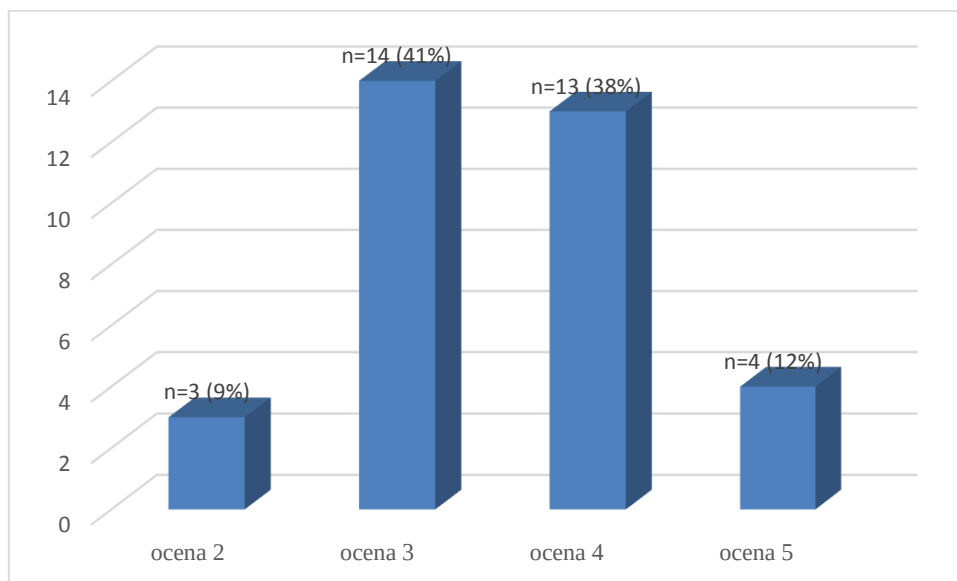
W ramach komunikacji wewnętrznej poproszono dyrektorów szpitali o wskazanie czy w szpitalu odbywają się cykliczne spotkania dla kierowników komórek medycznych i administracyjnych. W 72% szpitali (n=26) spotkania takie odbywają się osobno dla kadry kierowników komórek medycznych i osobno dla kadry kierowników administracji. W 22% szpitali (n=8) odbywają się wspólne spotkania kierowników komórek administracyjnych i medycznych. W 6% szpitali (n=2) spotkania takie nie odbywają się wcale.

Biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną oraz stan pandemii trwający na terenie kraju w trakcie prowadzonych badań związanych z pandemią COVID-19 respondenci poproszeni zostali o wskazanie czy w szpitalach pracownicy mają do dyspozycji dedykowane narzędzie do spotkań online. 71% (n=24) szpitali korzystało z dedykowanych narzędzi do spotkań online, 29% (n=10) szpitali nie posiadało takich narzędzi.

Wśród wskazywanych narzędzi wykorzystywanych do komunikacji zdalnej respondenci wskazali poniższe programy:

- *Platforma,*
- *Cisco Webex,*
- *Test portal – do szkoleń,*
- *MS Teams,*
- *Lifesize,*
- *Zoom,*
- *WhatsApp,*
- *Skype,*
- *BlueJeans Network,*
- *GoToMeeting.*

Dyrektorzy szpitali klinicznych poproszeni zostali o ocenę poziomu rozwoju komunikacji wewnętrznej prowadzonej w zarządzanych przez nich szpitalach. Ocena oparta została o pięciostopniową skalę, gdzie: 1- niski, dopiero rozpoczynamy wykorzystywanie narzędzi komunikacji wewnętrznej, 5- bardzo wysoki poziom, wykorzystujemy wiele dostępnych narzędzi komunikacji wewnętrznej). Na rycinie nr 31 zaprezentowano rozkład udzielonych odpowiedzi.



Rycina 31. Poziom rozwoju komunikacji wewnętrznej w szpitalach klinicznych w opinii dyrektorów szpitali (N=34)

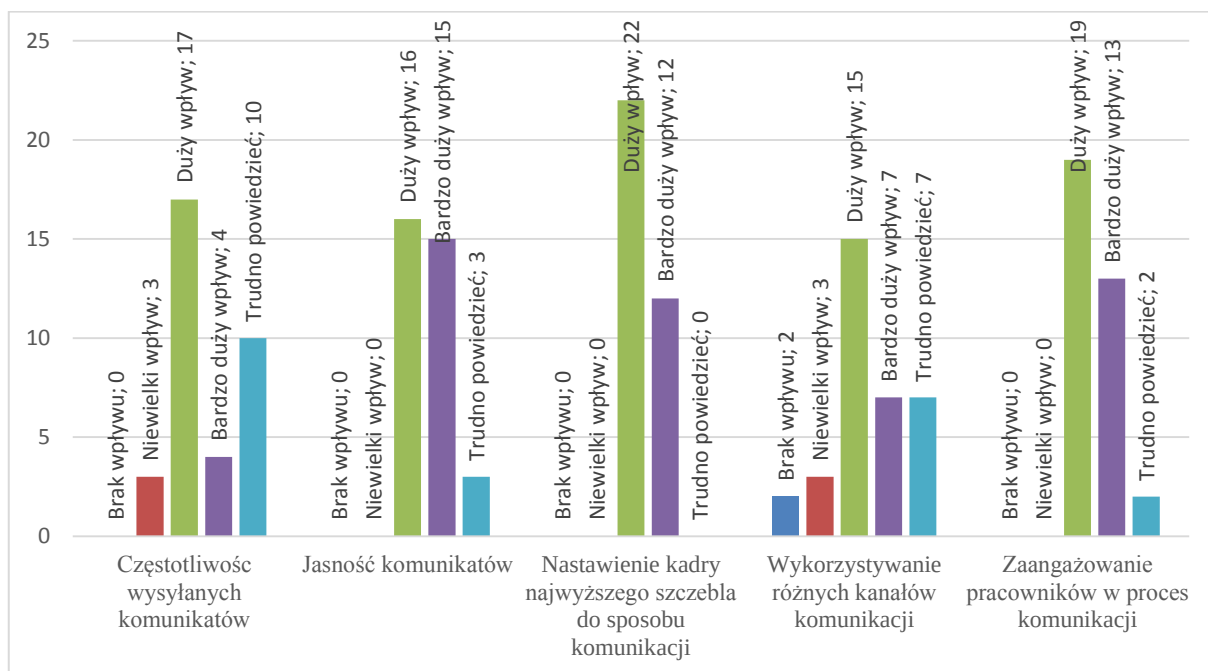
Dyrektorzy ocenili poziom rozwoju komunikacji wewnętrznej w szpitalach w 41% (n=14) na poziomie 3, 38% (n=13) na poziomie 4, w 12% na poziomie 5 (n=4) oraz na poziomie 2 w 9% (n=3).

Dyrektorzy szpitali klinicznych poproszeni zostali o ocenę poszczególnych czynników wskazanych przez badacza, które mogą przyczynić się do poprawy funkcjonowania komunikacji wewnętrznej w szpitalu, oceniając je w skali od 0- brak wpływu, do 4- bardzo duży wpływ.

Wśród wskazanych czynników wskazanych do oceny badacz wymienił:

- a) nastawienie kadry najwyższego szczebla do sposobu komunikacji,
- b) jasność komunikatów,
- c) częstotliwość wysyłanych komunikatów,
- d) zaangażowanie pracowników w proces komunikacji,
- e) wykorzystywanie różnych kanałów komunikacji,
- f) inne – respondent mógł wskazać swoją odpowiedź.

Na rycinie nr 32 zaprezentowano rozkład udzielonych odpowiedzi.



Rycina 32. Ocena wpływu poszczególnych czynników mogących mieć wpływ na komunikację wewnętrzną w szpitalach klinicznych (N=34)

Następnie zbadano częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (od a do e).

Tabela nr 8 prezentuje uzyskane wyniki.

Tabela 8. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-e) na pytanie nr 35

Pyt. 35 Co według Pani/Pana przyczynia się do poprawy funkcjonowania komunikacji wewnętrznej. Oceń w skali od 0 do 4 wpływ poszczególnych czynników na prawidłową komunikację wewnętrzną w szpitalu, gdzie 0 - brak wpływu, 4 - bardzo duży wpływ													
Rangi	0	1	2	3	4	Iloczyn liczebności i rang							
Kolejność	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Σ	SR	
a) nastawienie kadry najwyższego szczebla do sposobu komunikacji	0	0	0	22	12	0	0	0	66	48	114	22,8	
b) jasność komunikatów	0	0	3	16	15	0	0	6	48	60	114	22,8	
c) częstotliwość wysyłanych komunikatów	0	3	10	17	4	0	3	20	51	16	90	18	
d) zaangażowanie pracowników w proces komunikacji	0	0	2	19	13	0	0	4	57	52	113	22,6	
e) wykorzystanie różnych kanałów komunikacji	2	3	7	15	7	0	3	14	45	28	90	18	

N= 34, SR (średnia ranga)= Σ/n

Jak wynika z danych zawartych w tabeli nr 8 wśród elementów, które uznane zostały ocenione jako mające największy wpływ znalazły się:

- nastawienie kadry najwyższego szczebla do sposobu komunikacji – SR=22,8;
- jasność komunikatu – SR=22,8;
- zaangażowanie pracowników w proces komunikacji – SR=22,6.

Wśród innych elementów wskazanych przez szpitale kliniczne nie ujętych w wykazie wskazanym przez badacza szpitale wskazały:

- szybki przekaz informacji – oceniając ten element na ocenę 4 (n=1);
- zbieranie informacji zwrotnej – oceniając ten element na ocenę 3 (n=1).

12.7. Strategia komunikacji zewnętrznej

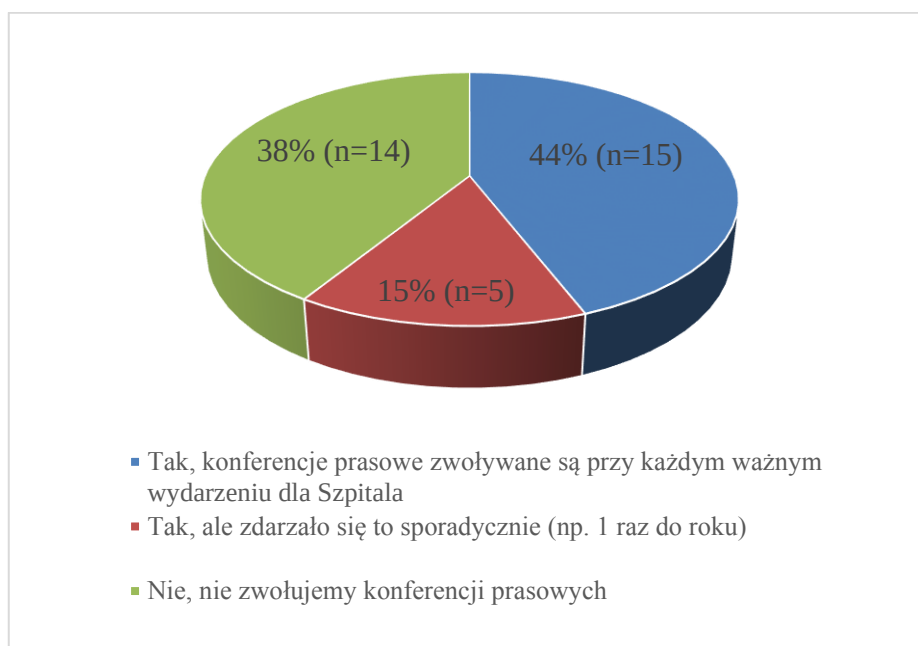
Dyrektorzy szpitali klinicznych zapytani zostali o to, czy strukturach organizacyjnych szpitala powołany został rzecznik prasowy – jako osoba kluczowa w kontekście komunikacji zewnętrznej. Poniżej prezentowane są odpowiedzi respondentów.



Rycina 33. Funkcjonowanie Rzecznika Prasowego w szpitalach klinicznych (N=34)

W ponad połowie szpitali klinicznych rzecznik prasowy funkcjonuje: bądź jako wyodrębnione stanowisko (46%, n=16), bądź jako dodatkowe zadanie osoby zatrudnionej na innym stanowisku (23%, n=8). W niektórych szpitalach rzecznik prasowy nie został powołany (31%, n=11).

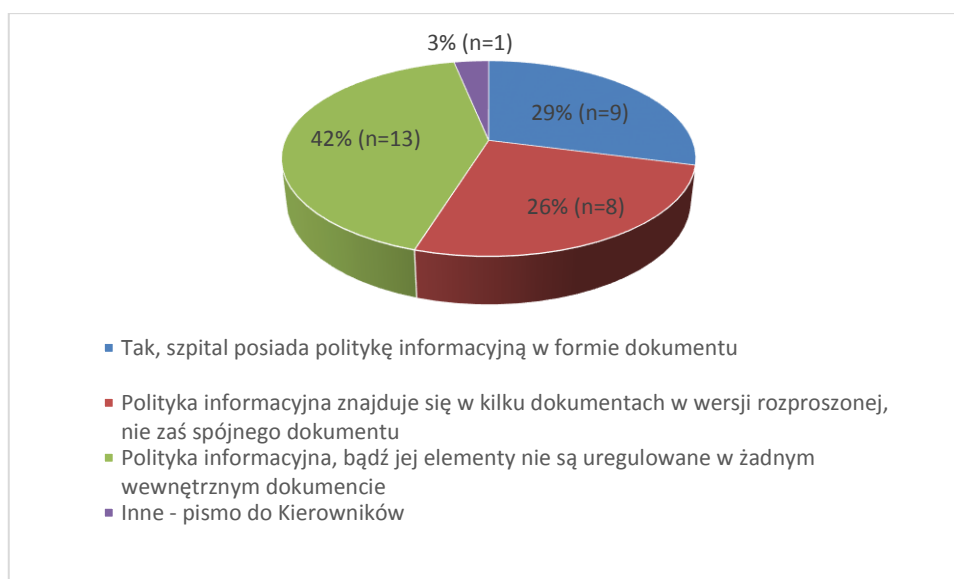
Dyrektorzy szpitali klinicznych zapytani zostali o to, czy w szpitalu praktyką było zwoływanie konferencji prasowych (przed pandemią COVID-19). Wyniki zaprezentowane zostały na rycinie nr 34.



Rycina 34. Stosowanie konferencji prasowych w szpitalach klinicznych (N=34)

Jak wynika z odpowiedzi udzielonych przez zarządzających szpitalami klinicznymi z narzędzia komunikacji jakim są konferencje prasowe korzystało 15 szpitali (n=15) przy okazji każdego ważnego wydarzenia dla szpitala, w 14 przypadkach (n=14) w szpitalach klinicznych nie stosuje się praktyki zwoływania konferencji prasowych, w 5 przypadkach (n=5) konferencje prasowe zwoływane są sporadycznie.

W kontekście prowadzonej przez szpitale kliniczne komunikacji zewnętrznej dyrektorzy szpitali zapytani zostali o to czy w szpitalu funkcjonuje polityka informacyjna i w jakim kształcie. Na rycinie nr 35 zaprezentowano odpowiedzi na to pytanie.



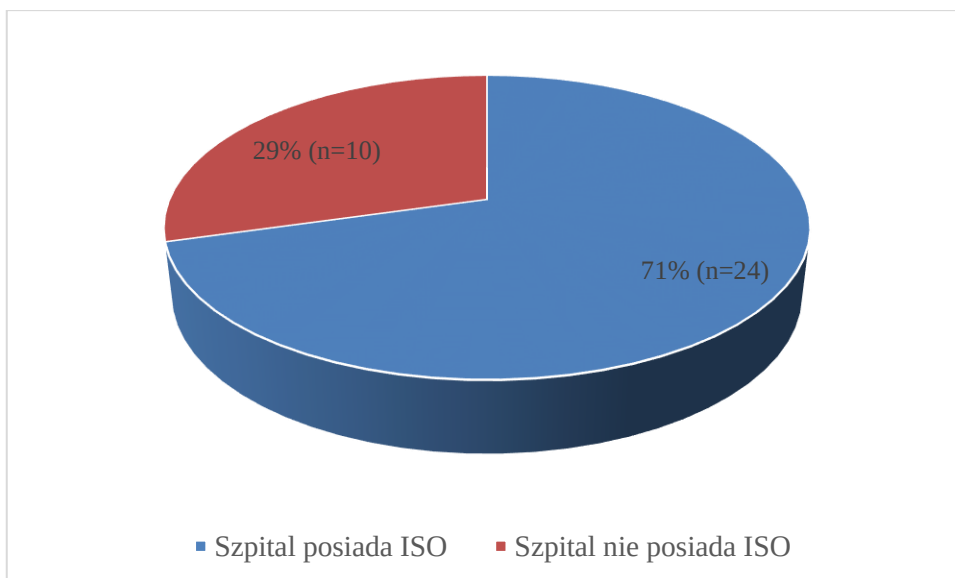
Rycina 35. Sposób udokumentowania polityki informacyjnej w szpitalach klinicznych (N=31)

Jak wynika z przeprowadzonego badania ankietowego, w 42% szpitali (n=13) polityka informacyjna nie jest uregulowana w żadnym dokumencie, nawet w jakimkolwiek z jego elementów, w 29% szpitali (n=9) szpitale deklarują posiadanie dokumentu polityki informacyjnej, w 26% szpitali (n=8) elementy polityki informacyjnej znajdują się w formie rozproszonej w różnych dokumentach szpitala, w 3% (n=1) polityka informacyjna była zawarta w piśmie wystosowanym przez dyrektora szpitala do kierowników komórek organizacyjnych podmiotu.

12.8. Jakość w szpitalu klinicznym

Jakość to kolejny obszar działalności szpitali klinicznych, który poddany został analizie.

W pierwszej części pytań dyrektorzy szpitali klinicznych poproszeni zostali o wskazanie, czy podmiot leczniczy posiada certyfikat jakości ISO. Procentowy udział poszczególnych odpowiedzi ilustruje rycina nr 36.



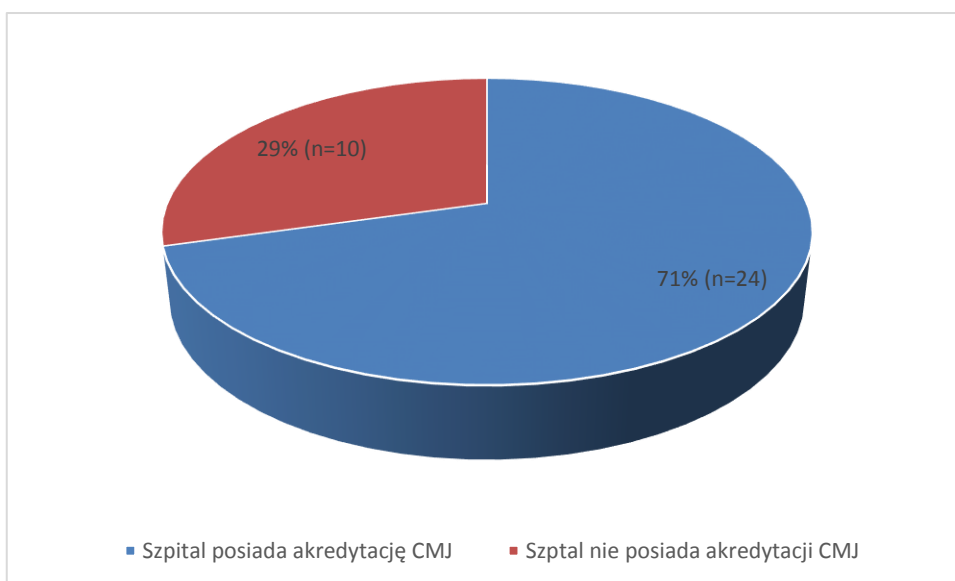
Rycina 36. Odsetek szpitali klinicznych posiadających certyfikaty ISO (N=34)

Wśród wskazywanych norm szpitale wskazywały posiadanie:

- ISO 14001 System Zarządzania Środowiskiem,
- ISO/IEC 27001 System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji,
- ISO 45001 System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy,
- ISO 22000 System Zarządzania Bezpieczeństwem Żywności.

Jeden ze szpitali wskazał również posiadanie normy HACCP.

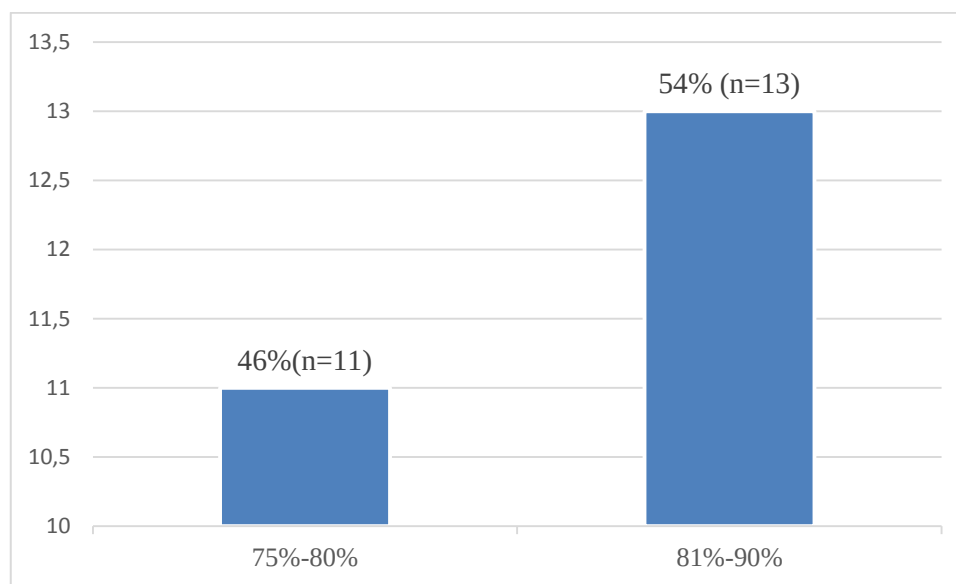
Szpitale kliniczne w tej samej proporcji - co certyfikaty ISO - posiadają również certyfikaty Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, co zostało ukazując na rycinie nr 37.



Rycina 37. Odsetek szpitali klinicznych posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (N=34)

Z analizy które szpitale posiadają zarówno normę ISO, jak i certyfikat CMJ, wynika, że oba te elementy obecne są w 19 szpitalach.

Szpitale spełniają kryteria standardów akredytacyjnych w przedziałach od 75 do 90% we wskazanej na rycinie nr 38 proporcji.



Rycina 38. Procent spełnienia kryteriów akredytacyjnych w szpitalach klinicznych (N=24)

W kolejnym etapie dyrektorzy szpitali proszeni byli o ocenę w skali od 0 do 4 (gdzie 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ) czy posiadana akredytacja - w ich opinii - wpłynęła na poprawę procesów klinicznych. Na to pytanie odpowiedział 27 szpitali (N=27). Odpowiedzi kształtowały się następująco:

- 52% (n=14) wskazało ocenę 3,
- 33% (n=9) wskazało ocenę 4,
- 15% (n=4) wskazało ocenę 2.

W kontekście prowadzonej przez szpitale działalności projakościowej, badacz przeszedł do omówienia obszaru zdarzeń niepożądanych.

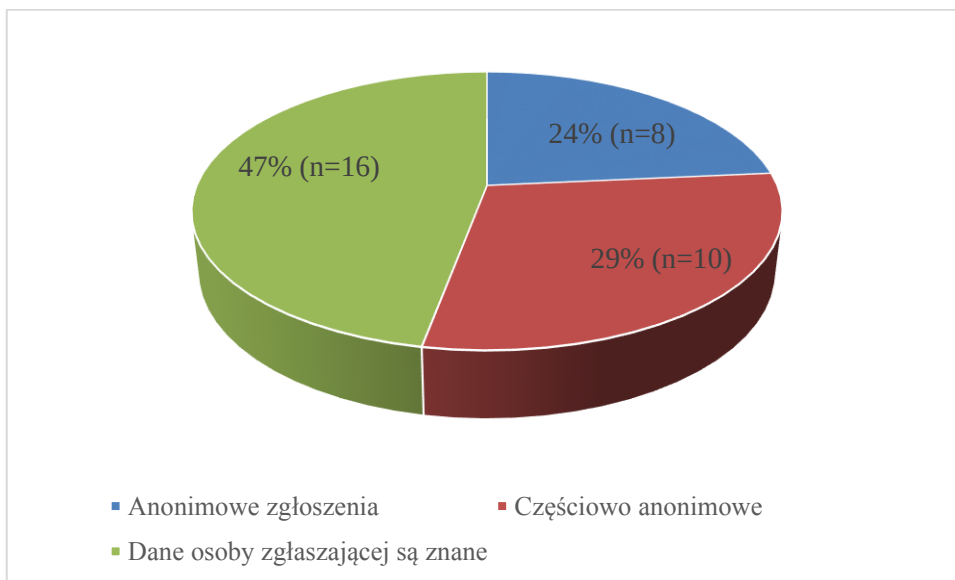
Zarządzający szpitalami zapytani zostali o to, czy podmiot rejestruje zdarzenia niepożądane.



Rycina 39. Odsetek szpitali klinicznych rejestrujących zdarzenia niepożądane (N=34)

Jak wynika z odpowiedzi prezentowanych na rycinie nr 39 w 97% (n=33) szpitali klinicznych rejestry zdarzeń niepożądanych są prowadzone.

W szpitalach klinicznych zgłoszenie zdarzeń niepożądanych odbywa się zarówno anonimowo, częściowo anonimowo, jak i całkowicie jawnie. Na rycinie nr 40 wskazano wykorzystywane sposoby zgłaszania zdarzeń niepożądanych w szpitalach klinicznych.



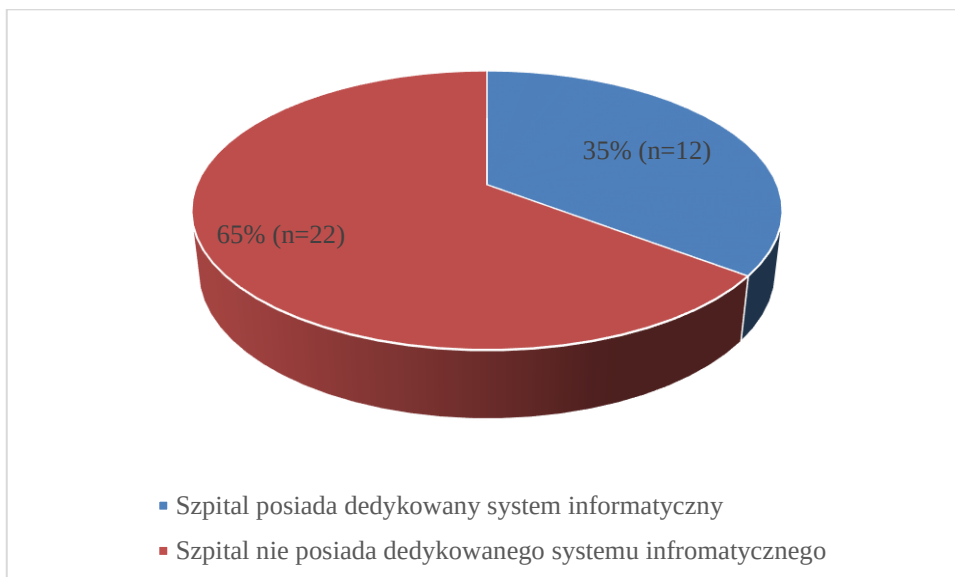
Rycina 40. Sposób zgłaszania zdarzeń niepożądanych w szpitalach klinicznych (N=34)

W szpitalach klinicznych zdarzenia niepożądane omawiane są z udziałem dyrekcji szpitala, - bądź bez udziału dyrekcji. Informację na ten temat przedstawione zostały na rycinie nr 41.



Rycina 41. Sposób omawiania zdarzeń niepożądanych w szpitalach klinicznych (N=34)

W szpitalach klinicznych z uwagi na raportowanie zdarzeń niepożądanych badacz chciał dowiedzieć się czy wykorzystywane są systemy informatyczne dedykowane do raportowania takich zdarzeń wykorzystywany jest dedykowany system informatyczny. Na rycinie nr 42 zaprezentowano rozkład odpowiedzi w tej kwestii.



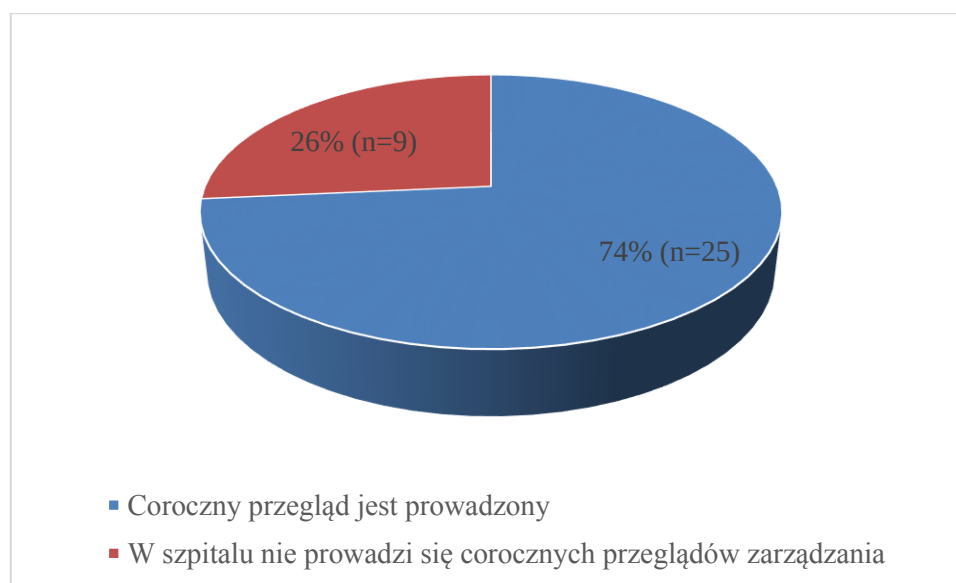
Rycina 42. Posiadanie przez szpital dedykowanego systemu informatycznego (N=34)

Wśród szpitali klinicznych 65% (n=22) nie posiada dedykowanego systemu informatycznego do raportowania zdarzeń niepożądanych, 35% (n=12) posiada takie narzędzie.

Respondenci zapytani o systemy informatyczne wykorzystywane do raportowania zdarzeń niepożądanych przedstawiciele szpitali klinicznych wskazywali:

- program: *Rejestr Zdarzeń Niepożądanych*,
- *Opencare Gabinet* - wewnętrzne narzędzie informatyczne,
- *Info - Medica/ AMMS Asseco*,
- program własny szpitala
- *Medrisk*,
- *SI Eskulap*,
- *SUPRA*,
- *FZMIW*.

W kontekście monitorowania poszczególnych parametrów działalności szpitali dyrektorzy zostali poproszeni o wskazanie czy w szpitalach prowadzony jest coroczny przegląd zarządzania. Rycina poniżej prezentuje stan prowadzenia corocznych przeglądów zarządzania w szpitalach klinicznych.

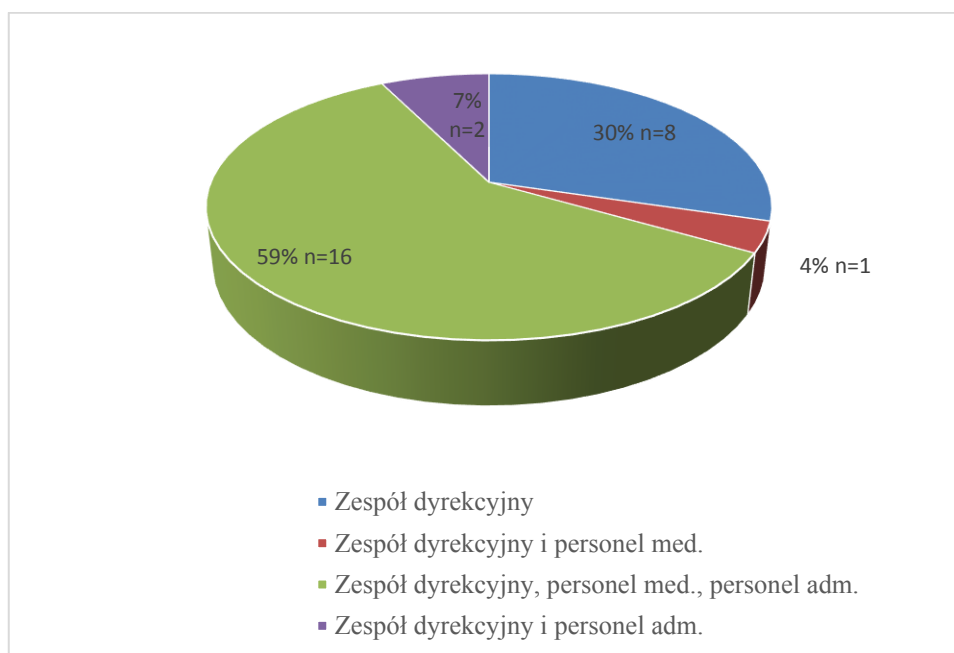


Rycina 43. Prowadzenie corocznego przeglądu zarządzania w szpitalach klinicznych (N=34)

Na rycinie nr 43 przedstawiony został odsetek szpitali prowadzących coroczny przegląd zarządzania. W 74% szpitali coroczny przegląd zarządzania jest prowadzony, w 26% nie prowadzi się corocznego przeglądu zarządzania.

W kontekście przeglądów zarządzania poproszono o wskazanie składów osobowych zespołów biorących udział w przeglądzie zarządzania. Wśród wymienionych grup możliwych do wyboru wskazano: zespół dyrekcyjny, przedstawicieli personelu

medycznego oraz przedstawicieli personelu administracyjnego. Na rycinie nr 44 zaprezentowano składy osobowe przeglądów zarządzania w szpitalach klinicznych.



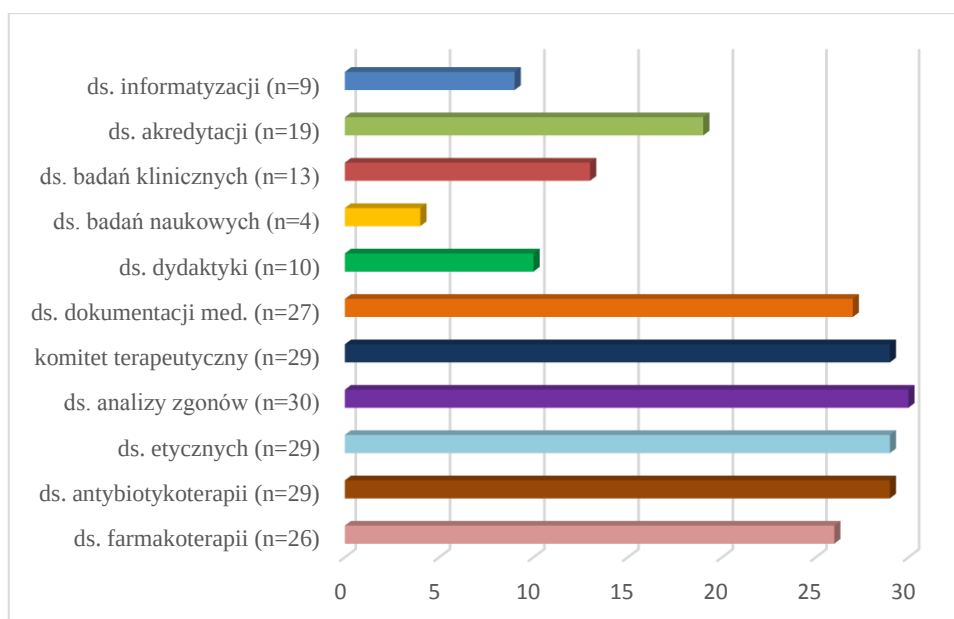
Rycina 44. Skład osobowy przeglądów zarządzania (N=27)

Składy osobowe wskazało 27 szpitali (n=27), pomimo tego, że 25 szpitali deklarowało prowadzenie przeglądów zarządzania.

Wśród wskazań znalazły się cztery warianty, w których następują przeglądu zarządzania:

- wariant 1: zespół dyrekcyjny, personel medyczny, personel administracyjny – 59% (n=16),
- wariant 2: zespół dyrekcyjny- 30% (n=8),
- wariant 3: zespół dyrekcyjny, personel administracyjny – 7% (n=2),
- wariant 4: zespół dyrekcyjny i personel medyczny – 4% (n=1).

Chcąc poznać grupy doradcze działające w szpitalach klinicznych, poproszono zarządzających o wskazanie, które z przytoczonych przez badacza zespołów funkcjonuje w ich szpitalach. Na rycinie nr 45 zobrazowano rodzaje zespołów funkcjonujących w szpitalach klinicznych.



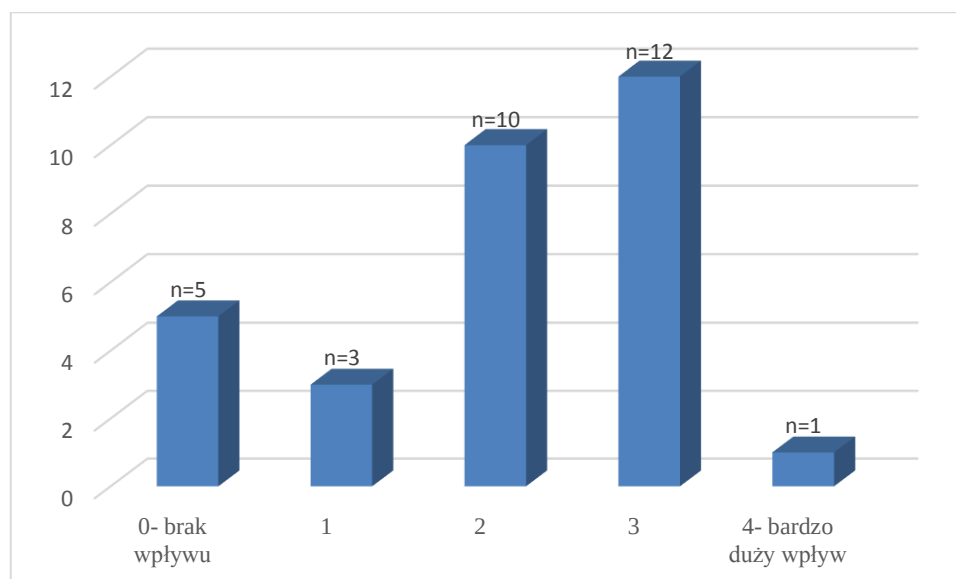
Rycina 45. Zespoły tematyczne funkcjonujące w szpitalach klinicznych (N=34)

Oprócz wskazanych powyżej zespołów respondenci wskazali również na funkcjonowanie następujących zespołów i komisji w szpitalach klinicznych:

- komitet transfuzjologiczny,
- zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych,
- zespół ds. zdarzeń niepożądanych,
- zespół ds. żywienia klinicznego (dojelitowego i pozajelitowego),
- zespół ds. sytemu analizy zagrożeń i krytycznych punktów kontroli (HACCP),
- zespół ds. profilaktyki choroby zatorowo – zakrzepowej,
- zespół ds. profilaktyki i leczenia odleżyn,
- zespół ds. leczenia bólu,
- zespół ds. jakości,
- zespół ds. analizy jakości leczenia,
- zespół ds. gospodarki odpadami szpitalnymi,
- zespół ds. analiz reoperacji,
- zespół ds. analiz przyczyn odmów hospitalizacji,
- zespół ds. analiz częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych,
- zespół ds. analizy znieczuleń,
- zespół ds. analizy przyczyn odmów przyjęć pediatrycznych i psychiatrycznych,
- zespół ds. aktualizacji minimalnych norm zatrudnienia,
- zespół urazowy,
- zespół ds. zarządzania ryzykiem,

- zespół szybkiego reagowania,
- zespół powypadkowy ustalający przyczyny i okoliczności wypadków przy pracy,
- zespół analizy bezpieczeństwa leczenia,
- zespół koordynujący zadania postępowania i organizacji udzielania świadczeń w ramach NFZ,
- komisja ds. stosowania preparatów Immunoglobulin Poliwalentnych,
- zespół ds. badań przeprowadzanych w miejscu opieki nad pacjentem POCT,
- komisja nadzoru nad kształceniem podyplomowym lekarzy,
- zespół ds. odleżyn,
- komitet bloku operacyjnego,
- zespół ds. centrów testowych CoVID-19,
- zespół ds. koordynacji działań w zakresie zagrożenia epidemią koronawirusa SARS-COV-2.

W kontekście posiadanej przez szpitale kliniczne akredytacji dyrektorzy zapytani zostali o to, czy w ich opinii akredytacja ma wpływ na oszczędności finansowe. Na rycinie nr 46 zaprezentowano rozkład opinii dyrektorów, gdzie: 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ.



Rycina 46. Wpływ posiadanej akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia na oszczędności finansowe szpitala (N=31)

12.9. Sytuacja finansowa szpitala

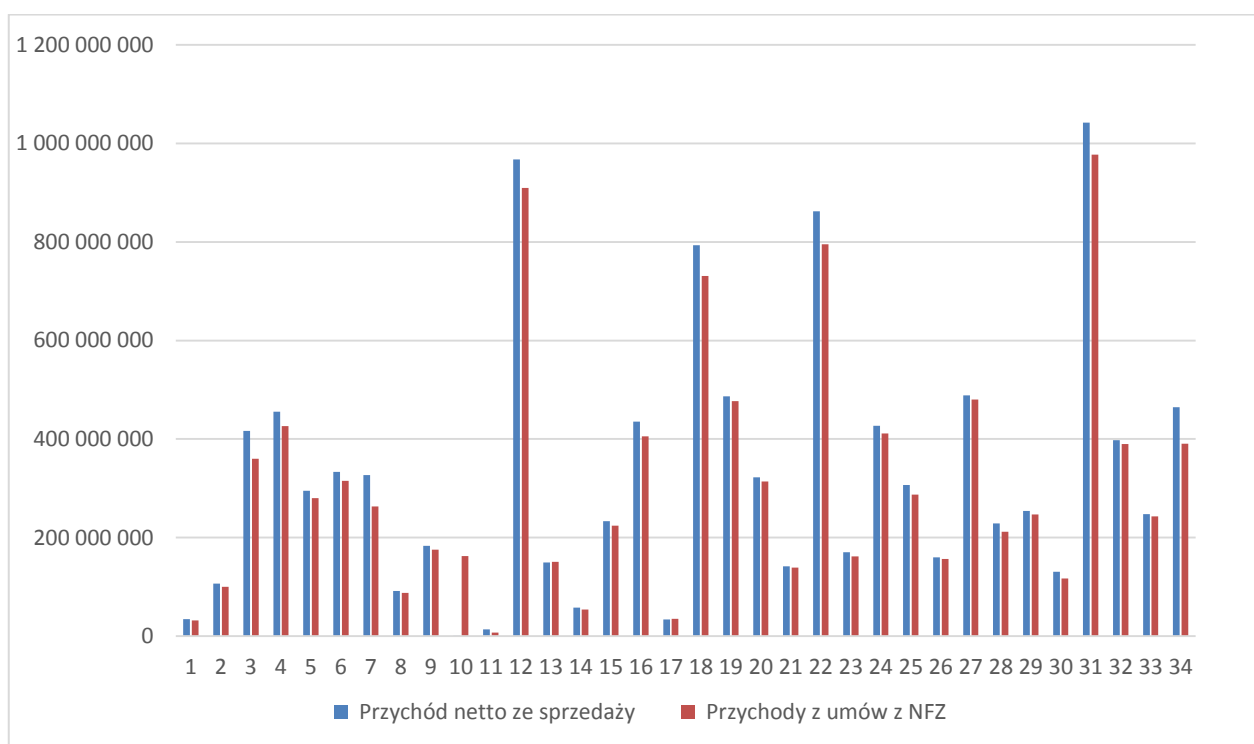
Sytuacja finansowa szpitali to kolejny obszar, który poddano badaniu. Poproszono zarządzających szpitalami klinicznymi o wskazanie podstawowych parametrów działalności szpitali w kontekście finansowym.

Poniżej prezentowane są informacje nt. finansów 34 szpitali biorących udział w badaniu.

Dyrektorzy poproszeni zostali o wskazanie:

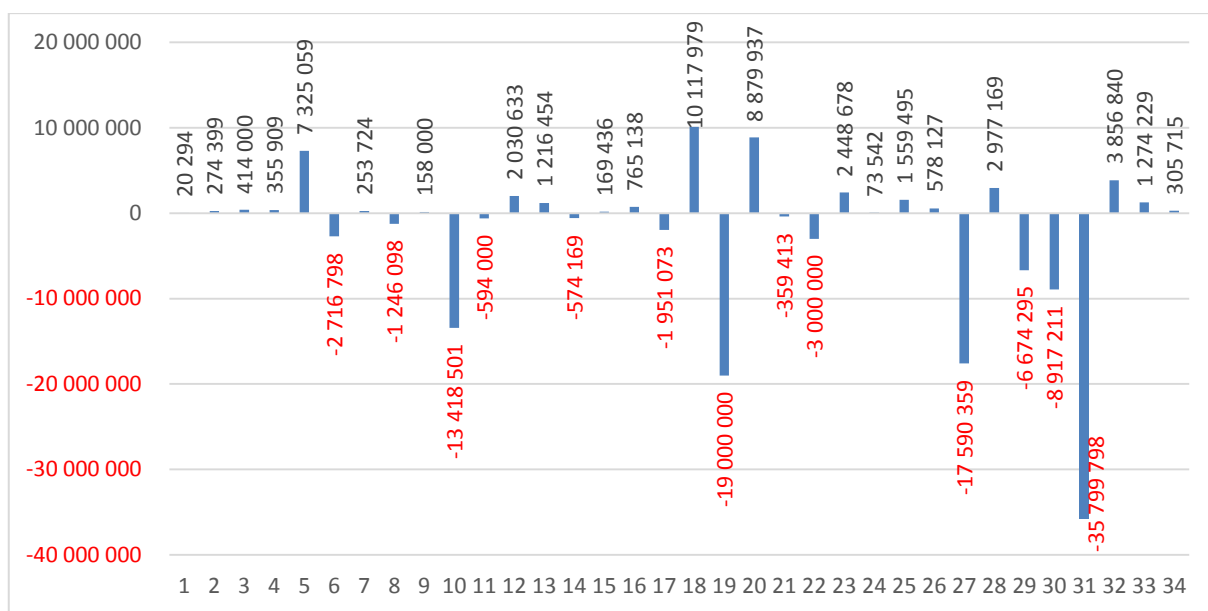
- przychodów netto ze sprzedaży w 2020 r.,
- przychodów z tytułu wykonanych usług w ramach zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- zysk/strata netto szpitala za 2020 r.

Na rycinie nr 47 zaprezentowano przychody netto ze sprzedaży w 2020 r. poszczególnych szpitali zestawiony z przychodami szpitali z kontraktów z Narodowego Funduszu Zdrowia.



Rycina 47. Przychody netto ze sprzedaży szpitali klinicznych w 2020 r. zestawione z przychodami z Narodowego Funduszu Zdrowia w 2020 r.

Następnie, na rycinie nr 48 przedstawiono zysk/stratę z działalności szpitali klinicznych w 2020 r.



Rycina 48 Zysk/strata netto szpitali klinicznych w 2020 r.

Jak wynika z danych uzyskanych od szpitali klinicznych w 2020 r., na 38 szpitali klinicznych 13 z nich zanotowało stratę.

Sytuację szpitali klinicznych ukazano również w kontekście pytania czy w przeszłości podmiot tworzący musiał pokrywać ujemny wynik finansowy szpitala.

Na to pytanie 2 szpitale kliniczne odpowiedziały twierdząco, 32 szpitale odpowiedziały przecząco.

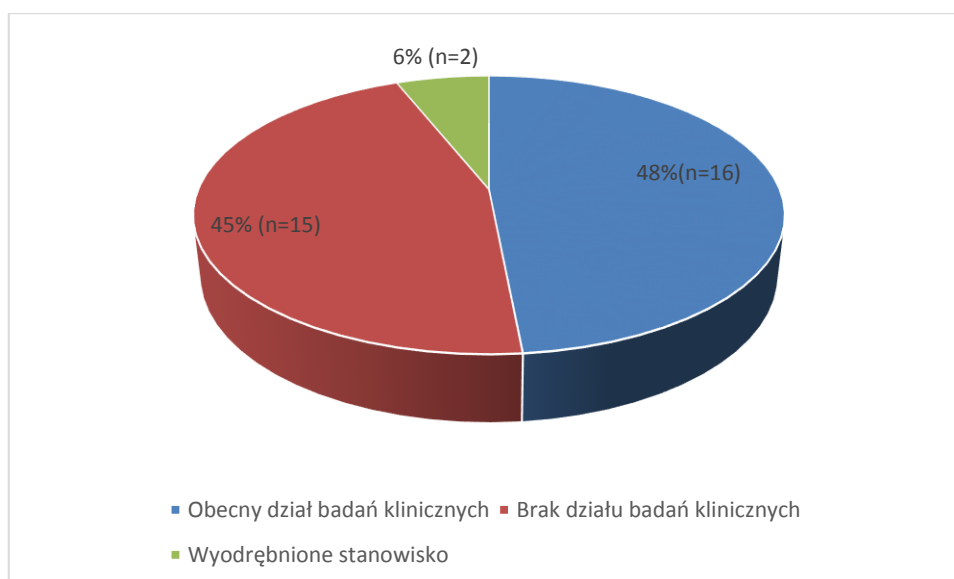
Kolejno zapytano dyrektorów szpitali klinicznych, czy szpital zobowiązany jest realizować program naprawczy (zgodnie z UODL.). Na pytanie to odpowiedziały wszystkie szpitale (N=34). Wśród nich:

- 17 szpitali klinicznych jest obecnie w trakcie realizacji programów naprawczych, co stanowi 50% szpitali klinicznych, które wzięły udział w badaniu ankietowym,
- 9 szpitali klinicznych w przeszłości realizowało już programy naprawcze,
- 9 szpitali klinicznych nigdy programów naprawczych nie realizowało.

12.10. Nauka w szpitalu klinicznym

Badacz chcąc dokonać analizy funkcjonowania obszaru związanej z realizacją nauki w szpitalach klinicznych sformułował siedem pytań z tego obszaru.

Respondenci poproszeni zostali o wskazanie, czy w zarządzanym przez nich szpitalu w strukturach organizacyjnych funkcjonuje dział badań klinicznych. Poniżej, na rycinie nr 49 prezentowane są odpowiedzi na wyżej wymienione pytanie.



Rycina 49. Obecność działu badań klinicznych w szpitalach klinicznych(N=33)

Wśród szpitali klinicznych, które wzięły udział w badaniu ankietowym w 48,48% (n=16) funkcjonuje dział badań klinicznych w strukturach szpitala, w ponad 45,45% szpitali (n=15) takie działy nie powstały. Ponadto dwa szpitale (6,06%, n=2) wskazały, iż w strukturach organizacyjnych wyodrębnione zostały samodzielne stanowiska, które zajmują się badaniami klinicznymi (pełnomocnik ds. badań klinicznych).

Respondenci zapytani zostali o istnienie w strukturach szpitala wyspecjalizowanego działu zajmującego się nauką, poza działem badań klinicznych. Tylko 3 z 34 szpitali wskazało na obecność takiego działu, z czego 1 ze szpitali wskazał, że jest to w ramach działu organizacji i nadzoru.

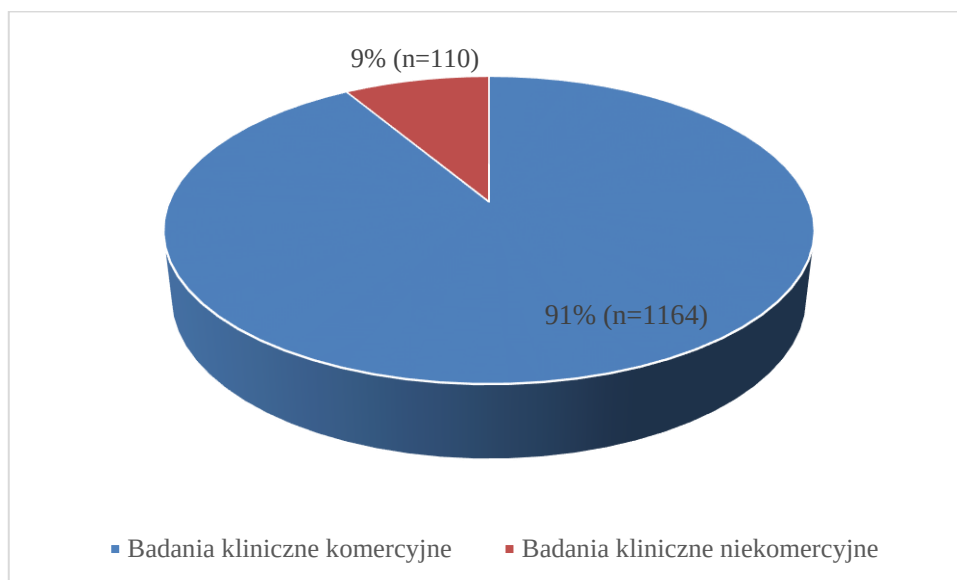
Respondenci zapytani o istnienie procedur w szpitalu regulujących zadania naukowe w 14 przypadkach wskazali na istnienie takich procedur, w 18 przypadkach wskazano, że takie procedury w szpitalu nie występują, 2 szpitale nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Następnie zapytano o występowanie w szpitalu procedur związanych z badaniami klinicznymi. 29 szpitali posiadały takie procedury, 5 szpitali nie posiadało tego rodzaju procedur.

Kolejnym elementem badania było zapoznanie się ze strukturą prowadzonych w szpitalach klinicznych badań. Według uzyskanych danych ankietowych

w 30 szpitalach klinicznych prowadzone były badania niekomercyjne, w 4 szpitalach badania kliniczne niekomercyjne nie były prowadzone.

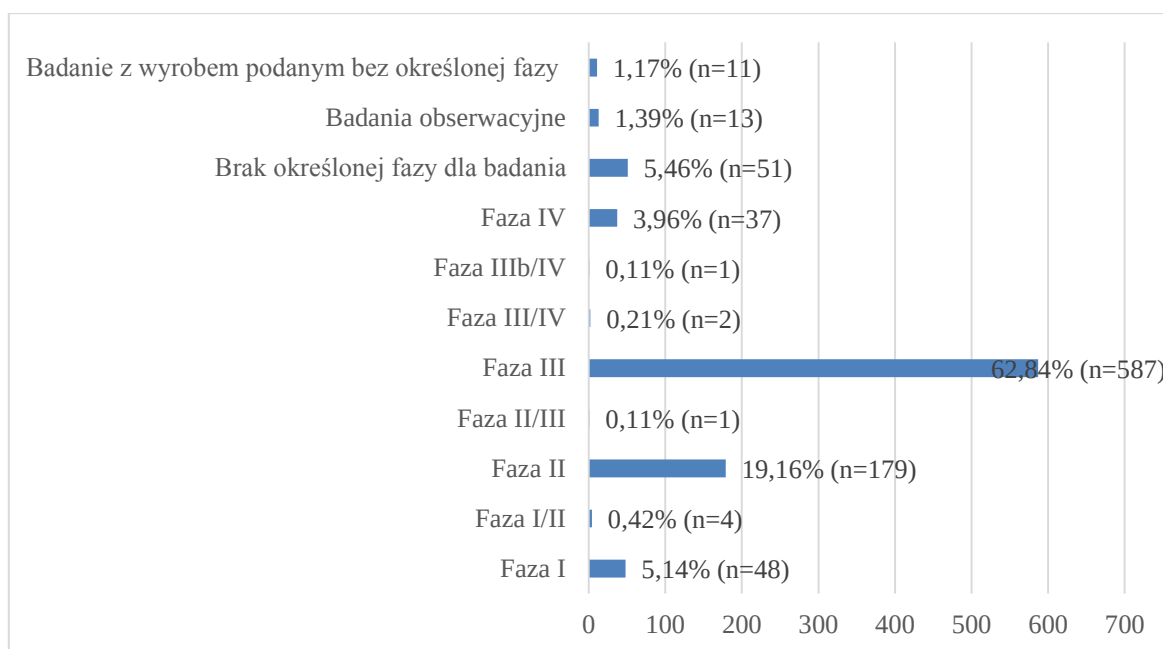
Aby poznać skalę prowadzonych w szpitalach klinicznych badań poproszono o wskazanie liczby prowadzonych badań w 2021 r. Dane o liczbie badań komercyjnych i niekomercyjnych zaprezentowane zostały na rycinie nr 50.



Rycina 50. Rodzaje badań klinicznych w szpitalach klinicznych w podziale ze względu na źródło finansowania (N=32)

W szpitalach klinicznych prowadzone były w 91% (1164) badania kliniczne komercyjne (n=1164), natomiast badania niekomercyjne stanowiły jedynie 9% (n=110) wszystkich prowadzonych badań klinicznych w szpitalach.

Na rycinie nr 51 zaprezentowano liczbę badań klinicznych realizowanych w badanych szpitalach klinicznych z podziałem na fazy, w których się znajdują.



Rycina 51. Liczba badań prowadzonych w 2020 r. w szpitalach klinicznych w podziale na fazy (N=30)

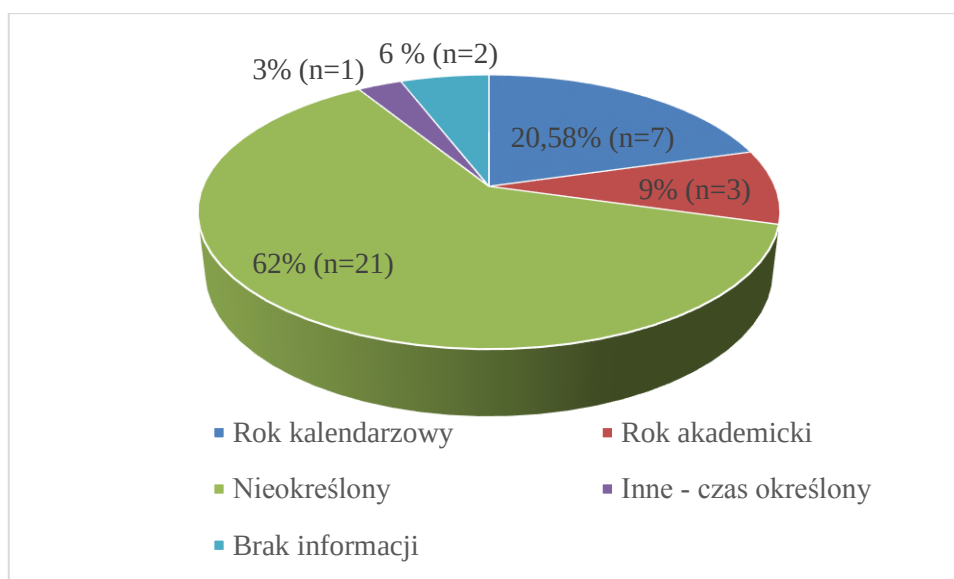
Uzyskane dane zawarte na rycinie nr 51 wskazują, że ponad połowa badań znajduje się w fazie III – 62,84% (n=587).

Wśród ankietowanych szpitali cztery nie wskazały, w jakich fazach znajdują się prowadzone w ich szpitalach badania kliniczne.

12.11. Dydaktyka w szpitalu klinicznym

Szpitale kliniczne, które wzięły udział w badaniu, posiadają zawartą umowę na prowadzenie dydaktyki (N=34).

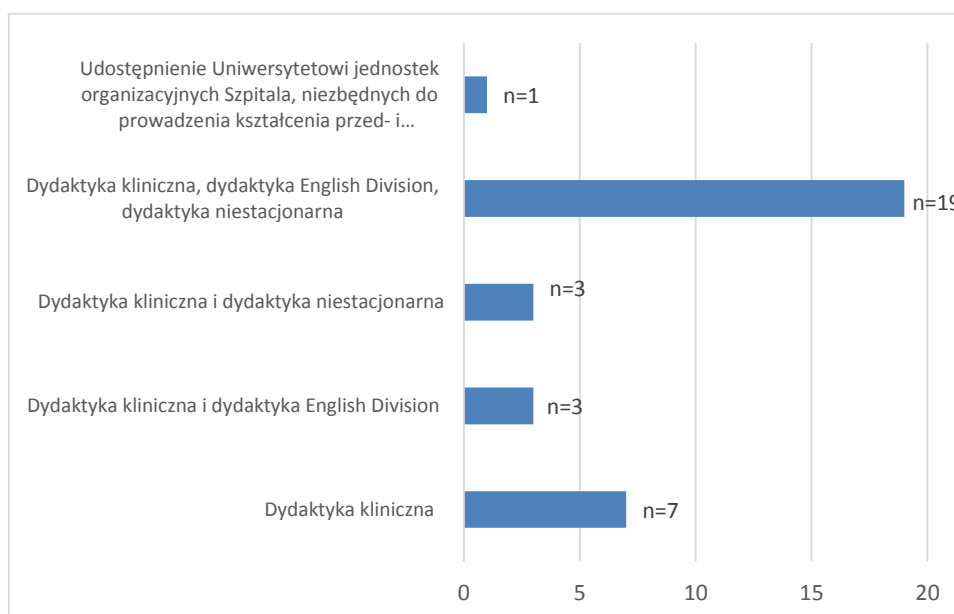
Przedziały czasowe, na które zawierane są umowy na prowadzenie dydaktyki, wskazane zostały na rycinie nr 52.



Rycina 52. Przedziały czasowe, na które zawarte są umowy na prowadzenie dydaktyki w szpitalach klinicznych (N=34)

Umowy na prowadzenie dydaktyki zawierane są na: rok kalendarzowy – 62% (n=21), rok akademicki- 9% (n=3), czas nieokreślony – 62% (n=21), czas określony – 3% (n=1).

W ramach zakresów, na które zawarta jest umowa, znajdują się: dydaktyka kliniczna, dydaktyka prowadzona dla studentów anglojęzycznych (tzw. *English Division*), dydaktyka niestacjonarna, bądź wszystkie wskazane powyżej zakresy. Informacje na temat zakresów na jakie zawarte są umowy na dydaktykę prezentuje rycina poniżej.

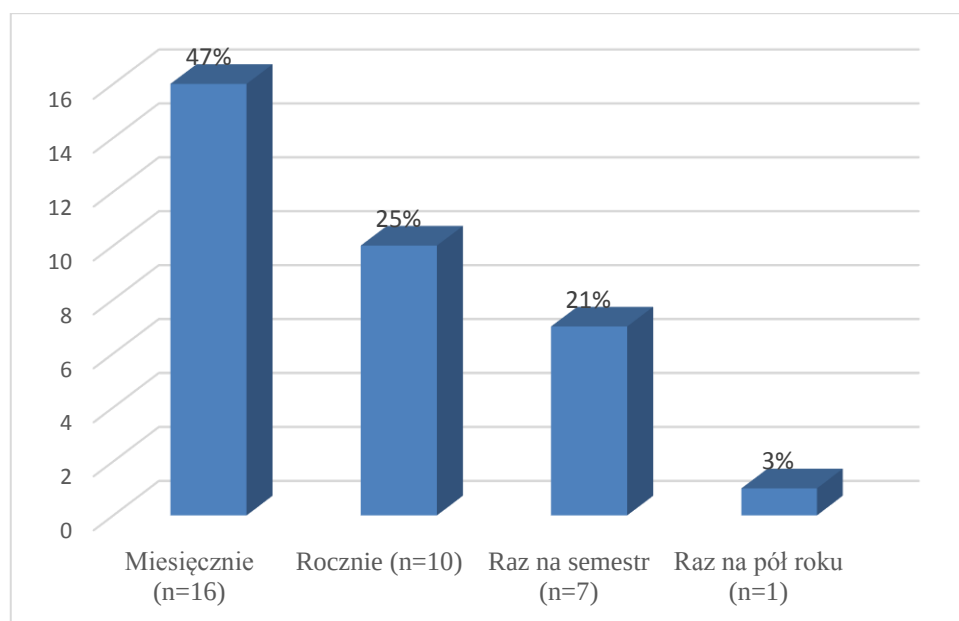


Rycina 53. Poszczególne zakresy na jakie zawarta jest umowa na realizację dydaktyki z uczelnią medyczną (N=34)

Zgodnie z danymi zawartymi na rycinie nr 53 dydaktyka rozliczana w formie: ryczałtu (n=13), tzw. studentogodzin (n=17) bądź następuje inny rodzaj rozliczenia (n=5).

W ramach wyboru odpowiedzi - inny rodzaj rozliczenia - wskazano: *według metodologii różne koszty np. udostępnianie sal, obsługa, z budżetu państwa na zadania związane ze świadczeniami zdrowotnymi wykonywanymi w ramach kształcenia studentów o kierunkach medycznych na Uczelni, na podstawie kalkulacji przedstawionej przez szpital dla określonych rodzajów kosztów rzeczowych Uczelnia dokonuje weryfikacji zaproponowanych w preliminarzu kosztów z kwotą dotacji otrzymanej, refakturowanie kosztów mediów.*

Uczelnie medyczne rozliczają się za dydaktykę w ramach zawartej ze szpitalami klinicznymi umowami z różną częstotliwością. Na rycinie nr 54 znajdują się wskazane przez szpitale okresy rozliczeniowe.

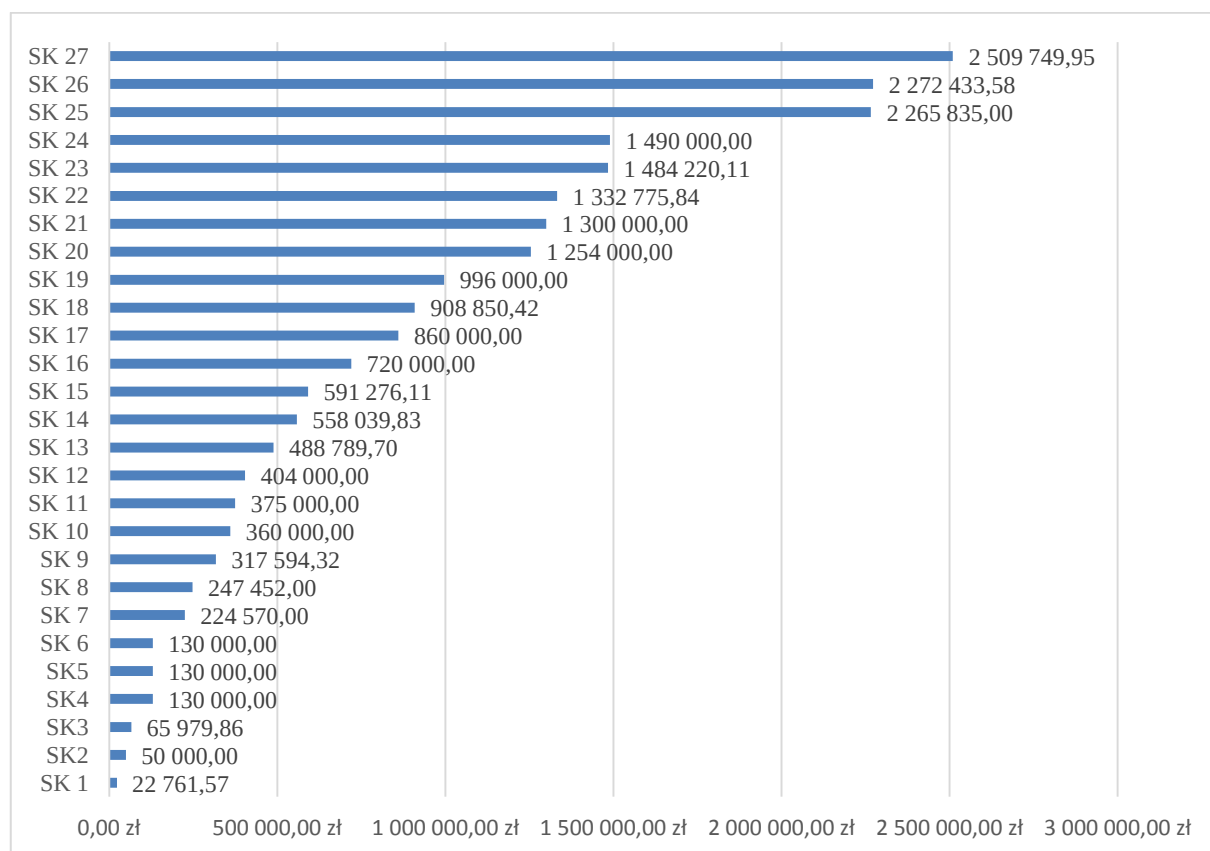


Rycina 54. Częstotliwość z jaką uczelnie rozliczają się z opłaty za dydaktykę ze szpitalem klinicznym (N=34)

Według danych zawartych na rycinie nr 54 w 47% (n=16) rozliczenie za prowadzoną dydaktykę odbywa się co miesiąc, w 25% (n=10) rozliczenie jest dokonywane rocznie, w 21% (n=7) raz na semestr, 3% (n=1) raz na pół roku.

Z uwagi na zawartą umowę na prowadzenie dydaktyki szpitale kliniczne z jej tytułu otrzymują środki finansowe. Poproszono o wskazanie wysokości środków

przekazywanych w ramach zawartej umowy dla szpitali w 2020 r. Kwoty otrzymane przez poszczególne szpitale prezentuje rycina poniżej. Szpitalom nadano symbol SK (szpital kliniczny) oraz kolejne numery w celu ich zanonimizowania od SK1- SK27.



Rycina 55. Wysokość otrzymanych przez szpitale kliniczne środków od uczelni medycznych w ramach zawartej umowy na prowadzenie dydaktyki w 2020 r. (N=27)

Na rycinie nr 55 obserwujemy dużą rozpiętość wysokości przekazywanych środków finansowych w ramach zawartej umowy na dydaktykę kształtuje się od poziomu 22 761,57 zł (SK1) aż do poziomu 2 509 749,95 zł (SK 27).

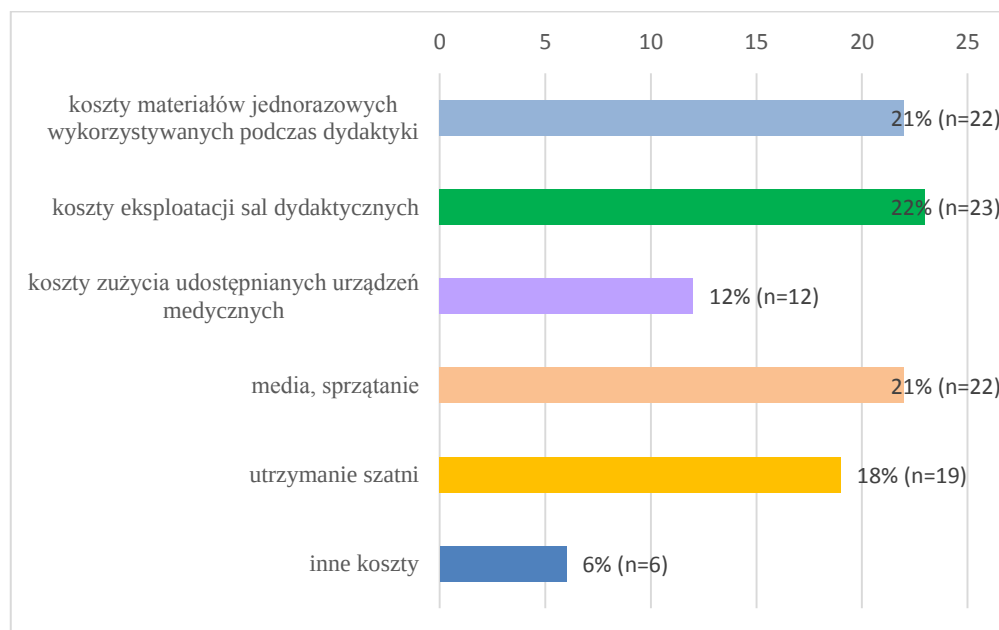
Zarządzający poproszeni zostali o odniesienie się do kwestii uznawania przez uczelnie kosztów prowadzonej dydaktyki prezentowanych przez szpitale kliniczne. Jak wynika z uzyskanych odpowiedzi:

- 41% (n=14) szpitali wskazała, że uczelnia nie w pełni uznaje prezentowane koszty,
- 32% (n=11) szpitali wskazało, że uczelnia w pełni uznaje koszty związane z przebywaniem studentów,
- 26% (n=9) szpitali wskazało, że uczelnia uznaje koszty z zastrzeżeniami.

Zapytano również dyrektorów, czy w kierowanych przez nich szpitalach koszty przebywania studentów w szpitalu są na bieżąco szacowane. Na pytanie odpowiedziało

32 przedstawicieli szpitali (N=32). Odpowiedź twierdząco udzieliło 17 szpitali (n=17), kosztów nie szacuje na bieżąco 15 szpitali (n=17).

Chcąc dowiedzieć się jakie koszty zarządzający szpitalem biorą pod uwagę podczas szacowania kosztów przebywania studentów na terenie szpitala poproszono o ich wskazanie. Wskazania dyrektorów zaprezentowano na rycinie nr 56.



Rycina 56. Rodzaje kosztów brane pod uwagę w trakcie szacowania kosztów dydaktyki przez szpitale kliniczne (N=29)

Zgodnie z danymi zawartymi na rycinie nr 56 22% szpitali (n=23) przy szacowaniu kosztów biorą pod uwagę koszty eksploatacji sal dydaktycznych, 21% (n=22) szpitali media oraz sprzątanie, 21% (n=22) koszty materiałów jednorazowych wykorzystywanych podczas dydaktyki, 18% (n=19) utrzymanie szatni, 12% (n=12) koszty zużycia udostępnianych urządzeń medycznych, 6% (n=6) szpitali wskazało inne koszty.

Wśród innych kosztów wskazywanych do szacowania dydaktyki szpitale kliniczne wskazały również:

- wywóz nieczystości,
- szkolenia,
- ochrona,
- utrzymanie terenu,
- za środki ochrony osobistej używane przez studentów, sprzęt jednorazowy, materiały opatrunkowe używane przez studentów w trakcie dydaktyki lub ćwiczeń praktycznych,

- środki czystości używane przez studentów,
- zaopatrzenie sekretariatów klinik w materiały biurowe (takie jak: papier ksero, tusz, papier do drukarek),
- koszty obsługi administracyjnej,
- usługi pocztowo-telekomunikacyjne,
- ubezpieczenia (OC i mienia),
- podatek od nieruchomości., wynagrodzenie osób zaangażowanych w obsługę studentów, artykuły biurowe zużywane na potrzeby dydaktyki, usługi inne np. telekomunikacyjne).

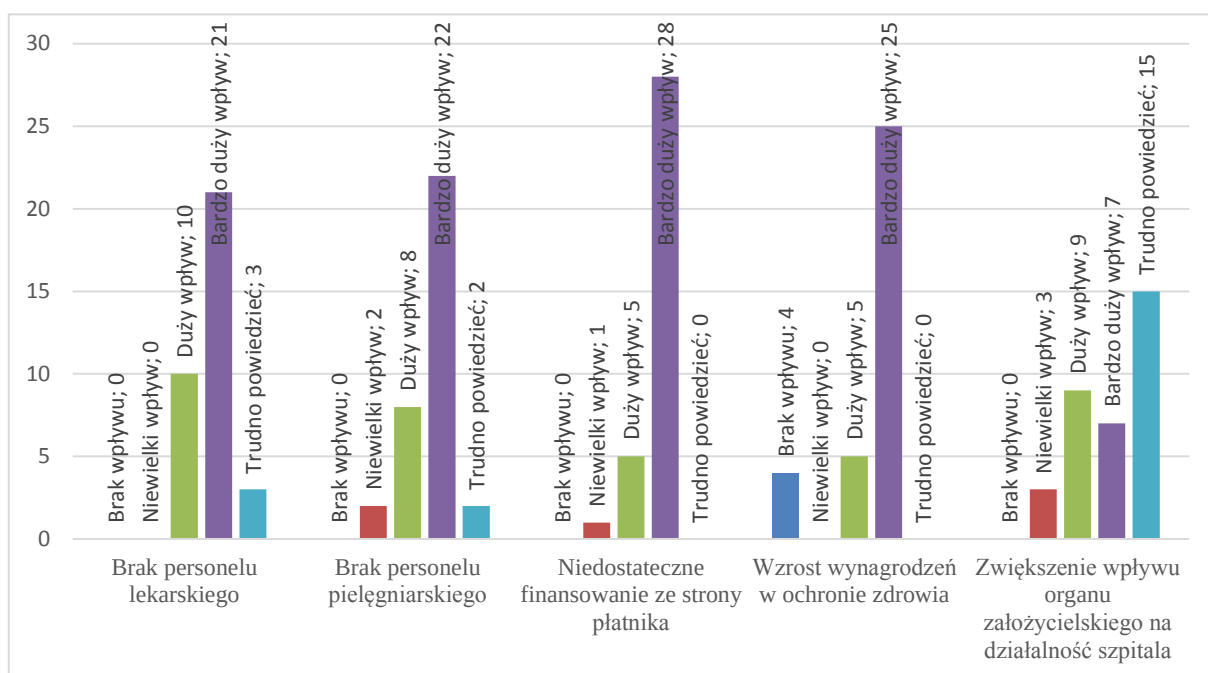
12.12. Prognoza długoterminowa

Dyrektorzy szpitali klinicznych poproszeni zostali o ocenę wskazanych przez badacza uwarunkowań, które będą miały kluczowy wpływ na zarządzanie szpitalem klinicznym w najbliższych 5 latach, poprzez ocenę na skali od 0 do 4 (gdzie 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ).

Wśród wymienionych przez badacza elementów znalazły się:

- a) braki personelu lekarskiego,
- b) braki personelu pielęgniarskiego,
- c) niedostateczne finansowanie ze strony płatnika,
- d) wzrost wynagrodzeń w ochronie zdrowia,
- e) zwiększenie wpływu organu założycielskiego na działalność szpitala,
- f) inne – dyrektorzy mogli wskazać inne elementy, które ich zdaniem będą miały wpływ na sposób zarządzania.

Na rycinie nr 57 zaprezentowano rozkład udzielonych odpowiedzi.



Rycina 57. Wpływ poszczególnych aspektów na sposób zarządzania szpitalami klinicznymi w ocenie dyrektorów szpitali klinicznych (N=34)

Ponadto w tabeli nr 9 zaprezentowano częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-e) dotyczących wpływu poszczególnych aspektów na sposób zarządzania szpitalami klinicznymi w ocenie dyrektorów w perspektywie najbliższych 5 lat.

Tabela 9. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-e) na pytanie nr 75

Pyt. 75 Które z poniżej wymienionych aspektów według Pani/Pana będą miały kluczowy wpływ na zarządzanie szpitalem klinicznym w najbliższych 5 latach (gdzie 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ)

Rangi	Iloczyn liczebności i rang										Σ	SR
	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
a) brak personelu lekarskiego	0	0	3	10	21	0	0	6	30	84	120	24
b) brak personelu pielęgniarstwa	0	2	2	8	22	0	2	4	24	88	118	23,6
c) niedostateczne finansowanie ze strony płatnika	0	1	0	5	28	0	1	0	15	112	128	25,6
d) wzrost wynagrodzeń w ochronie zdrowia	4	0	0	5	25	0	0	0	15	100	115	23
e) zwiększenie wpływu organu założycielskiego na działalność szpitala	0	3	15	9	7	0	3	30	27	28	88	17,6

N= 34, SR (średnia ranga)= Σ/n

Wśród elementów, które dyrektorzy ocenili jako mające największy wpływ na zarządzanie szpitalem klinicznym w najbliższych 5 latach znalazły się:

- niedostateczne finansowanie ze strony płatnika – SR=25,6,
- brak personelu lekarskiego – SR=24,
- brak personelu pielęgniarskiego – SR=23,6.

W pozycji „inne” jeden ze szpitali wskazał, że wpływ na zarządzanie będzie miała planowana reforma zarządzania SPZOZ. Jak się wydaje, odnosi się to do planowanej reformy szpitalnictwa związanej z projektem ustawy o modernizacji i efektywności szpitalnictwa.¹²¹

¹²¹ Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa z dnia 29 grudnia 2021 r. zakłada m.in. kategoryzację szpitali sporządzoną poprzez dokonanie oceny szpitala przez Agencję Rozwoju Szpitali. W tych, które uzyskają słabą ocenę dyrektorzy będą musieli realizować program naprawczy pod okiem nadzorców. Projekt zakłada również możliwość odwołania dyrektora przez Prezesa Agencji oraz wprowadza dodatkowe kryteria związane z kwalifikacjami i wykształceniem dla osób pełniących funkcję dyrektorów szpitali.

13. Wyniki wywiadów pogłębionych

13.1. Specyfika zarządzania szpitalem klinicznym

Podczas wywiadu pogłębionego respondenci poproszeni zostali o wskazanie charakterystycznych cech, które odróżniają szpitale kliniczne od innych podmiotów leczniczych w kontekście zarządzania. W ramach wskazanych cech, które implikują określony sposób zarządzania dyrektorzy szpitali klinicznych wskazywali:

- dualizm zatrudnienia w kontekście zatrudniania pracowników w szpitalu klinicznym przy jednoczesnym zatrudnianiu w ramach uczelni medycznej oraz związane z tym problemy w kontekście zarządzania kadrami oraz czasem pracy podległych pracowników,

W mojej ocenie zarządzanie szpitalem klinicznym jest niewątpliwie trudniejsze niż zarządzanie szpitalem np. marszałkowskim dlatego że mimo wszystko jest tu dualizm władzy. To znaczy niby część lecznicza podlega dyrektorowi szpitala, część naukowa i naukowa rektorowi, natomiast kierownicy klinik mają takie przeświadczenie, że ich głównym pracodawcą jest rektor, chociaż często ich uposażenia są większe w szpitalu niż na uniwersytecie. (P. Daszkiewicz)

Oczywiście pozostaje pytanie, na ile zewnętrznymi czynnikami jest kadra, która pozostaje w relacji szpitalnej, ale jednocześnie pozostaje w relacji z organem założycielskim. To podwójnie uwarunkowane rodzi swoje konsekwencje, które są niezwykle istotne dla praktyki klinicznej. Z jednej strony podwójne uwarunkowanie sprawia, że łatwiej dyrektorzy szpitali klinicznych, nie tyle dają się namówić, ile proponują strategię zarządzania miękkiego związanego z zachowaniem partnerskich i współtworzących relacji z pracownikami zarówno szpitala, jak i uczelni, z drugiej jednak strony ryzykuje to swego rodzaju paraliżem zarządczym. Dyrektor szpitala klinicznego nie ma zasadniczo wpływu na powołanie dużej części zarządzających jednostkami. Jednocześnie jest narażony na pośredni wpływ osób, które mogą teoretycznie próbować za pośrednictwem władz uczelni wpływać modyfikująco na decyzje związane z zarządzaniem szpitalem. (S. Cofta)

- podległość osobowa w zależności od kontekstu (szpital czy uczelnia);

Kluczowy element, i to bez znaczenia czy patrzymy na szpital powiatowy czy wojewódzki, na pewno różnica w kontekście zarządzania postawiłbym na interakcję wewnętrzne związane z dualizmem struktury szpitalnej i uczelnianej. (...)

To jest chyba rzecz, która się nie zdarza w innych rodzajach szpitali, czyli określona pozycja części kadry medycznej i tak naprawdę określone takie sprzężenie zwrotne w którym można być w jednej chwili podwładnym, a w drugiej - pomimo braku jakichkolwiek zmian organizacyjnych - pracodawcą. Taka sytuacja nie ma miejsca w żadnym innym rodzaju podmiotu leczniczego. (S. Szczepaniak)

- pełnieniem oprócz roli podmiotu leczniczego również roli ośrodka dydaktycznego oraz naukowego co nie pozostaje bez wpływu w kontekście zarządzania tymi podmiotami;

Bezwzględnie związany jest to z poszerzoną misją szpitala klinicznego, która jest trojaka. Oprócz opieki nad pacjentami, również sprawa nauki oraz dydaktyki. Wyraziliśmy to bardzo mocno w swojego rodzaju motto, czyli określając misję Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, jakim jest: Salus agreeoti, educatio, scientia. To przyjęte przed około piętnastu laty, albo i więcej, określenie, bardzo wyraziście ukazuje złożoność szpitala klinicznego. (S. Cofta)

- mniejsza autonomia dyrektora szpitala klinicznego w porównaniu z dyrektorem szpitala o innym organem tworzącym;

Jeśli chodzi o uprawnienia dyrektora jednostki szpitala MSWiA z racji tego, że podmiot tworzący mieścił się w Warszawie, to nie powiem, że była większa swoboda, bo wszystko odbywało się i nadal odbywa w ramach odpowiednich uwarunkowań prawnych, w ramach ustawy o działalności leczniczej, ale wiele uprawnień było przekierowywanych na kierownika podmiotu leczniczego (P. Daroszewski)

- występowanie powołanych przez organ tworzący grup niezależnych od dyrektora szpitala klinicznego;

Druga sprawa – w szpitalu uniwersyteckim występuje podmiot o nazwie np. Rada Klinikistów, takie podmiotu nie było w takim szpitalu jak MSWiA. (P. Daroszewski)

- możliwość pozyskiwania dofinansowania inwestycji z różnych źródeł;

Zawsze istniały problemy w kontekście występowania o środki unijne, jako podmiot utworzony przez organ centralny nie mogłem przekroczyć linii demarkacyjnej. Szpital MSWiA nie mógł korzystać bezpośrednio ze środków WRPO, czy też EFFS czy to w aspektach zakupów sprzętowych, czy to w projektach tzw. społecznościowych. Tutaj Uniwersytet ma podpisaną umowę o współpracy i mam prawo występować o środki i Marszałek może wycofać tę linię demarkacyjną, bo nie jestem podmiotem podległym organowi centralnemu. W przypadku podmiotu utworzonego przez organ centralny mogłem występować tylko o środki z POiŚ. (podobnie jak inne szpitale uniwersyteckie) (P. Daroszewski)

13.2. Uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne wpływające na zarządzanie

Dyrektorzy szpitali klinicznych zapytani o uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym wskazali:

- politykę Ministerstwa Zdrowia w kontekście braku długofalowej wizji kształtu systemu ochrony zdrowia;

W sytuacji w Polsce to absolutnie polityka Ministerstwa i płatnika nie mam w tej chwili wątpliwości że dynamizm zmian ciągu dwóch lat czy ciągłe zmiany koncepcji finansowania świadczeń i taki realnie brak ciągłości w tym zakresie to jest bardziej negatywnie działający czynnik zewnętrzny, czyli takie niestabilne otoczenie prawne prawno-finansowe. Tak to można ująć i brak długofalowej polityki w tym zakresie. Niezależnie od opcji politycznej wizja potrafi się zmieniać co rok, półtora czy dwa lata i tak naprawdę mnóstwo czasu poświęcamy na dostosowywania się do nowych uwarunkowań zamiast koncentrować się na jakiś ciągłych zmianach związanych rozwojem jednostki, tudzież poprawą jakości działania. (S. Szczepaniak)

- relacja z podmiotem tworzącym

Jest nim bezwzględnie kontakt z organem tworzącym czyli przede wszystkim z Rektorem. Kluczowym dla sprawnego funkcjonowania jest wzajemne zrozumienie i zaufanie z Rektorem, który w chwili obecnej ma niezwykle silną pozycję, ma niebywale silną moc sprawczą, wybitnie dominujące umocowanie prawne. W związku z tym ta relacja jest rzeczą kluczową. (S. Cofta)

Wśród czynników wewnętrznych wpływających na zarządzanie szpitalem zarządzający wskazali na:

- politykę kadrową

Polityka kadrowa jest na pierwszym miejscu, szczególnie w okresie takiej też niestabilności właśnie deficytu kadr to jest największa zmartwienie, najważniejsze czynniki wpływający na zarządzanie (S. Szczepaniak)

- kwestia komunikacji wewnętrznej i przepływu informacji w szpitalu

Uważam, że podstawą zarządzenia jest przepływ informacji. Jeżeli walczymy wspólnie o zwiększenie kontraktu, to nie wyobrażam sobie, żeby o ten kontrakt walczyła wąska grupa ludzi bez współpracy z tymi osobami, które ten kontrakt będą wykonywały. Wszystkie tematy związane z NFZ, z wykonaniem kontraktu, poszczególnych wartości ryczałtu są przekazywane. Komunikacja i jeszcze raz komunikacja. (P. Daroszewski)

5.7.3 Komunikacja wewnętrzna w szpitalu klinicznym

Następnie omawiając kwestie komunikacji wewnętrznej w szpitalu badacz starał się zgłębić kwestie znaczenia komunikacji wewnętrznej dla kadry zarządzającej.

Komunikacja wewnętrzna jest bardzo ważna. Tym co najbardziej zawodzi, to kanały pośrednie czyli kierownicy oddziałów i działów, którzy powinni przekazywać informacje zgodnie z zamiarami dyrekcji szpitala. (S. Szczepaniak)

Dyrektorzy sami wskazywali również na problemy związane ze sprawną i prawidłową komunikacją w szpitalu. Jako główny element problemów w komunikacji wskazali:

- pojawiające się szumy informacyjne - nieprzekazywanie informacji przez kierowników zespołów ich członkom,

Bezwzględnie skuteczna komunikacja wewnętrzna jest jednym z warunków sukcesu. Olbrzymim ryzykiem działalności szpitala jest udzielanie informacji częściowych, niepełnych. Z psychologicznego punktu widzenia istnieje pewne ograniczenie, że myślimy, że inni wiedzą to samo, co my. I kierują się naszymi kryteriami, zasadami. Stąd nacisk na wewnętrzną komunikację, która jest podstawowym elementem skuteczności funkcjonalnej. Nie ukrywam, że od dwudziestu lat szukam optymalnych rozwiązań w tym zakresie. (S. Cofta)

To co jest problemem to kwestia tego, że kierownicy klinik otrzymują pismo i często - zamiast przekazać pracownikom - wkładają do szuflady i potem personel nie wie. Nie jest to rzadkie zjawisko. (P. Daszkiewicz)

Nie uważam, aby zniekształcone informacje przekazywali inaczej celowo, bardziej wydaje mi się, że przekazują na zasadzie swojego rozumienia czyli ta informacja jest po prostu już w pewien sposób przetworzona. Jest zniekształcona, często się tak zdarza i niestety często się też zdarza że ta informacja w ogóle nie jest przekazywana i kanały dotarcia jakie stosujemy, czy to jest gazetka czy to jest strona wewnętrzna one w znacznie gorszy sposób działają niż bezpośrednio informacje. W przypadku jakichś ważnych kwestii, ale też bardziej zawitych informacja nie jest przekazywana w pełni zgodnie z naszą intencją, czasem zdarza się że w 60 procentach czasem 40 ale powiedziałbym, że jest dokładnie odwrotnie niż zakładamy. (S. Szczepaniak)

Osobiście uważam, że w każdym podmiocie powinna być możliwość wymiany poglądów. Zawsze wychodzę z założenia, że jeśli kierownik coś wymaga, to ludzie muszą wiedzieć co wymaga. Jeśli nie byłoby takich odpraw to trudno byłoby od kogoś czegoś żądać. Natomiast również po drugiej stronie. Jeśli ja coś przedstawiam, a prowadzę te odprawy, to pracownicy mają możliwość zadać pytanie, poprosić o doprecyzowanie czegoś. Wszystko jest protokolowane, protokoły są przekazywane uczestnikom. Pielęgniarka Naczelna wprowadziła również cykliczne odprawy z pielęgniarkami koordynującymi. Tego też tu nie było. Uważam, że kierownik jednostki powinien dbać o komunikację pionową, ale i poziomą (P. Daroszewski)

Następnie badacz próbował poznać stosowane w kierowanych przez rozmówców podmiotach narzędzia komunikacji wewnętrznej. Wśród wykorzystywanych wskazanych narzędzi znalazły się:

- cykliczne odprawy z poszczególnymi grupami: odprawy kierowników jednostek medycznych, odprawy kierowników administracji szpitali, odprawy wspólne zarówno kierowników administracyjnych, jak i medycznych,
- coroczne spotkania z pracownikami – tu oryginalną formułę spotkań wdrożonych w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi opisał Pan Dyrektor dr med. Przemysław Daroszewski, który wskazał na odbywające się coroczne spotkania z wszystkimi pracownikami w konwencji spotkań o kluczu alfabetycznym.

Teraz epidemia to ograniczyła, ale wprowadziłem również coś takiego, że raz do roku spotykam się ze wszystkimi pracownikami tego szpitala. To są spotkania, które odbywają się w naszej największej sali konferencyjnej. To są spotkania z „alfabetycznie ułożonymi pracownikami”. Na przykład o godzinie 8:00 dzisiaj spotykamy się z pracownikiem na literę A, później B i to specjalnie nie z grupami zawodowymi, bo spotkanie z grupami zawodowymi to jest coś zupełnie innego i to jest trudne do zorganizowania, natomiast to jest spotkanie ze wszystkimi pracownikami, każdy pracownik może zadać pytanie, a ja proszę żeby pytania były przekazywane wcześniej, żebym mógł przygotować odpowiedź. Można zadać pytanie też przez swojego kierownika. Na każde pytanie odpowiadam. Wolę żeby te pytania były wcześniej przekazane żebym odpowiedzi przygotował, bo jeżeli otrzymam pytanie z sali, na które nie znam odpowiedzi to nie byłoby sensu. Wychodzę z założenia, że nie ma głupich pytań są tylko głupie odpowiedzi. Zawsze spotkania te odbywały się raz do roku. (P. Daroszewski)

- sprawnie działająca sieć Intranetowa,
- biuletyn szpitalny – wśród dyrektorów Szpitali dwóch z nich wskazało na prowadzenie przez szpital periodyku szpitalnego, w tym jeden służy jedynie do komunikacji wewnętrznej z pracownikami (Szpital im. Heliodora Świącickiego UM w Poznaniu), natomiast drugi periodyk szpitalny dystrybuowany jest również na zewnątrz (Szpital Kliniczny Przemienia Pańskiego UM w Poznaniu). Respondenci, w których szpitalach nie prowadzony jest periodyk szpitalny wskazywali na dużą wartość takiego narzędzia,

jednakże wskazywali na brak zasobów ludzkich oraz czasowych na jego wdrożenie w podległym szpitalu,

- newsletter, bądź celowany mailing do wybranych grup pracowników.

W kontekście omawiania celowanych wiadomości elektronicznych do wybranych grup dyrektorzy wskazywali na różny sposób dystrybucji mailingu:

- mailing automatyczny związany z funkcjonalnością systemu Intranetowego, w ramach którego przekazywane są powiadomienia o wprowadzonych przez dyrekcję szpitala zarządzeniach wewnętrznych (rozmówca P. Daroszewski),
- cykliczny mailing do pracowników w formie newslettera – Informacje Dyrektora Naczelnego, Informacje Naczelnego Lekarza (rozmówca S. Cofta),
- przekazywanie ważniejszych informacji mailowych dotyczących działalności szpitala bez określonej cykliczności (P. Daszkiewicz, S. Szczepaniak).

W kontekście komunikacji w szpitalu rozmówcy zapytani byli również o ich opinię na temat powoływania w szpitalu stanowiska rzecznika prasowego. Wśród rozmówców trzech na czterech nie widziało zasadności powoływania takiego stanowiska w strukturach kierowanego przez siebie szpitala. Jeden z rozmówców wskazał, że być może stanowisko rzecznika prasowego mogłoby zaistnieć w szpitalu jako funkcja dodatkowa, jako dodatkowo powierzone obowiązki:

A.M.: Czy Pan uważa, że taka instytucja rzecznika prasowego jest potrzebna w szpitalu jako wydzielona obowiązki dodatkowe?

S.S.: Jako obowiązki dodatkowe może i tak, gdzieś przy takiej komórce która się zajmuje szeroko pojętą promocją to tak. Ale trzeba też brać pod uwagę pewną proporcję. Inaczej obowiązki takiego człowieka w szpitalu z miliardem obrotów, jakim za chwile będzie nasz szpital, a inaczej w jednostce która ma obrotu kilkadziesiąt milionów.

Trzech dyrektorów wskazało siebie jako osobę odpowiedzialną za udzielanie wypowiedzi do mediów wskazując jednakże, że w przypadku szczegółowych kwestii medycznych lekarze kierujący oddziałami są uprawnieni do wypowiadania się w środkach masowego przekazu, po wcześniejszym ustaleniu zakresu wypowiedzi z dyrekcją szpitala.

Rozmówca (S. Cofta), który wskazał, że we współkierowanym przez siebie szpitalu powołany jest rzecznik prasowy poproszony był o wskazanie motywacji do utworzenia ww. stanowiska wskazał realizację przez rzecznika strategii komunikacji zewnętrznej szpitala.

Przesłanki związane z dużym zainteresowaniem szpitalem środków przekazu. Generalnie sprawny rzecznik prasowy ma za zadanie koordynowanie komunikacji zewnętrznej. Z jednej strony realizowanie celów planowych związanych z aktualizacją strony internetowej, periodyku szpitalnego, narzędzi nowoczesnej komunikacji. Oczywiście jego rola jest niezwykle trudna i ona musi zgadzać się z rolą medialną budowaną przez zarówno członków dyrekcji, jak i poszczególnych szefów oddziałów, czy osoby je reprezentujące ze względu na olbrzymie bogactwo. (S. Cofta)

Co ciekawe, wszyscy rozmówcy wskazywali na ogromną rolę komunikacji w procesie zarządzania, jednakże wydaje się, że komunikacja ta postrzegana była przez większość rozmówców jako komunikacja wewnętrzna, natomiast w kontekście zewnętrznej komunikacji rozmówcy wydawali się nie kierować tak dużego nacisku na nią, wskazując w jej kontekście dwa obszary w zakresie których poruszają się. Po pierwsze: sytuacje zainteresowania mediami związanymi z problematycznymi sytuacjami, medialnymi doniesieniami, po drugie: wydarzenia związane z rozwojem szpitala (otwieranie nowych oddziałów, remonty, jubileusze).

Bardzo dbamy o to, żeby o Szpitalu było dobrze słychać w kontekście remontów, otwierania klinik, oddziałów. Od 3 lat mieliśmy wiele takich zdarzeń. To wtedy dział promocji to przygotowuje. (P. Daroszewski)

Rozmówcy zapytani o kwestię wykorzystywania mediów społecznościowych jako narzędzia komunikacji wskazali zróżnicowaną wiedzę oraz zainteresowanie tego rodzaju narzędziem. Dwóch z rozmówców zadeklarowało, że szpital posiada i prowadzi profil na Facebooku, choć nie zawsze jego założenie związane było z przyjętą strategią komunikacji.

My ten profil stworzyliśmy nieco ponad rok temu na początku pandemii. Ja długi czas się opierałem, ponieważ wydawało mi się, że duża część naszej działalności tam to będzie

odpieranie ataków, natomiast ubiegły rok i możliwość zbierania różnych darów spowodował, że ten profil przejeżdżamy, więc jest on stosunkowo młody. Spojrzałem na Wrocław, mamy porównywalną ilość followersów. Stworzyliśmy go nieco ponad rok temu, na początku pandemii natomiast, ubiegły rok i możliwość przede wszystkim zbierania darowizn dla Szpitala w czasie pandemii spowodował, że był często zasilany treściami. (S. Szczepaniak)

Dwóch z rozmówców natomiast nie upatrywało w Facebooku narzędzia odpowiedniego do komunikowania się dla szpitala, wskazując, że nie są zainteresowani taką formą przekazu.

Ja jestem „starej daty”, nie uznaje portali tego typu, ale mamy, wyraziłem na to zgodę, mamy kanał na you tube również. Facebook, nie wiem, może Pani sprawdzić. Ja się nie wypowiadam na ten temat, moje nastawienie do portali społecznościowych jest delikatnie mówiąc zachowawcze, preferuję zawsze kontakt osobisty, a nie wirtualny...(P. Daroszewski)

Czy posiadamy profil to nie wiem tak do końca, bo tym się zajmuje moja zastępczyni. Mamy strony internetowe, mamy ogłoszenia internetowe, szereg dokumentacji można pobrać sobie od nas ze strony internetowej i rodzice z tego korzystają, mają szeroki dostęp do wiedzy na temat swoich dzieci, każdy może mieć swoje konto. Natomiast jakieś specjalnej akcji promocyjnej nie prowadzimy, bo mamy wystarczająco dużo pacjentów, a tak mogłoby się okazać, że mamy jeszcze więcej. (P. Daszkiewicz)

13.3. Jakość w szpitalu klinicznym

Rozmówcy proszeni byli o wskazanie swojej definicji jakości. Wśród pojawiających się odpowiedzi wskazano parametry, które w opinii dyrektorów wskazują na wysoką jakość świadczonych usług znalazły się następujące wskazania:

- liczba zgłaszanych zdarzeń niepożądanych (im więcej zgłoszeń tym większa dbałość o jakość opieki wśród personelu),
- liczba spraw sądowych oraz wniosków do komisji ds. zdarzeń medycznych,
- liczba zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- liczba powtórnych hospitalizacji,

Bo oczywiście takie mierniki jak ilość zakażeń, ilość powtórnych reoperacji, ilość powtórnych hospitalizacji są proste do weryfikacji, natomiast moim zdaniem chyba uważam że największym parametrem jakości jest to jak oceniają nas rodzice, jak oceniają nas dobrze to jest ok. Jakość świadczeń to jest jedno, a kontakt bezpośredni to drugie. Pacjent może być świetnie leczony, ale gdy zabraknie dobrej komunikacji i empatii to pacjenci mogą uważać, że to coś fatalnego. Muszę z przykrością stwierdzić, że ludziom brakuje jakiejś empatii i to później niweczy włożony w opiekę nad dzieckiem trud. Tu nie oszczędza się na lekach, w praktyce lekarze mimo olbrzymich nakładów i pozytywnych efektów leczenia potrafią zepsuć efekt i odczucia rodziców są różne. (P. Daszkiewicz)

Jakość jednak w swojej praktyce rozumiałem i rozumiem nieco szerzej niż przekazywane parametry niezwykle ważne przez system akredytacyjny. One powinni być dopełnione, ogółem - na ile to możliwe - z obowiązków dokumentacyjnych i zalewu informacji pisanej, sprawozdawczej. Jednakże jakość w opiece zdrowotnej jest swojego rodzaju, nie boję się tego powiedzieć, też tchnieniem ducha w procedury, w schematy organizacyjne, w schematy działania, czego wymiarem jest codzienna posługa ciężko pracujących osób, zarówno w kontekście działalności medycznej, administracyjnej, jak i pomocniczej. (S. Cofta)

13.4. Badania kliniczne w szpitalu klinicznym

W kontekście realizowanego przez szpitale kliniczne obszaru działalności naukowej respondenci zapytani zostali o działalność naukową szpitala. Ponadto tłem pytania było również sytuacja, w kontekście sytuacji poznańskich szpitali klinicznych, niedawnego wyłączenia kwestii zarządzania badaniami klinicznymi ze struktur szpitali klinicznych, na rzecz zarządzania nimi przez podmiot tworzący. Do tego celu Uniwersytet Medyczny powołał Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, które prowadzić będzie badania kliniczne, które dotychczas realizowane były w szpitalach klinicznych badacz zapytał dyrektorów o obecną sytuację dot. badań klinicznych w szpitalu.

Przyjąłem do wiadomości taką decyzję Rektora. Ja zawsze szanowałem prawo organu założycielskiego do określonych działań, oczywiście zakładając że są one zgodne z prawem. Ja autentycznie nie mogę powiedzieć, że myślę, o tym dobrze czy źle. Ja zawsze szanowałem prawo organu założycielskiego, jeśli działania te są zgodne z prawem. Po prostu przyjmuję prawo organu założycielskiego, przyjmuję, że ma określone prawo kształtowania, jak każdy właściciel po prostu. (S. Szczepaniak)

Być może jestem jedynym dyrektorem, który z satysfakcją przyjął utworzenie Akademickiego Centrum Badań Klinicznych. Mam zagwarantowane przez Pana Rektora, że przed przyjęciem protokołu uzgodnień będę się mógł z nim zapoznać i wnieść uwagi, ponieważ czasem koszty badań są ukryte i postronna osoba może ich nie dostrzec. Z największą przyjemnością się tych badań „pozbędę”. Generuje to dużo pracy podczas negocjacji itd. (P. Daszkiewicz)

13.5. Dydaktyka w szpitalu klinicznym

Dydaktyka w szpitalach klinicznych jest elementem wydaje się nie pozostającym bez wpływu na zarządzanie szpitalem klinicznym. Zaangażowanie zarówno zasobów ludzkich, jak i lokalowych oraz sprzętowych wymaga refleksji ze strony zarządzających, dlatego też rozmówcy zapytani zostali o prowadzenie tej dydaktyki w szpitalu klinicznym w kontekście ponoszonych kosztów oraz rozliczeń w tym zakresie z podmiotem tworzącym. Wszyscy rozmówcy wskazali, iż wysokość środków przekazywanych przez Uniwersytet Medyczny jest niemiernodajny do ponoszonych przez szpitale kosztów prowadzenia dydaktyki, a wysokość środków przekazywanych przez uczelnię jest identyczny w stosunku do wszystkich szpitali klinicznych w Poznaniu, bez różnicowania w kontekście liczby kształconych studentów.

Wyrażanym od wielu lat faktem jest polegliwość dyrektorów szpitali odnośnie ewentualnego egzekwowania kosztów tej działalności. Realizacja związana jest ze współodpowiedzialnością uczelni jako organu tworzącego. Nie powinno być konfliktu w tym zakresie, choć trzeba wprost przyznać, że sam sposób przekazywania pieniędzy przez organ założycielski i uzależnienie dyrektora od organu założycielskiego może budzić pewne wątpliwości, a przynajmniej rozpocząć pewną przestrzeń dyskusji dla właściwego finansowania dydaktyki w szpitalu klinicznym. (S. Cofta)

Uniwersytet bardzo ładnie to prowadzi, niestety my na tym tracimy. Uniwersytet nie pokryje wszystkich kosztów. Ostatnio odbyło się spotkanie u JM Rektora i tam złożyliśmy pewne sugestie. No ale jesteśmy czymś więcej niż normalnym szpitalem realizującym kontrakt z NFZ i trzeba o tym pamiętać i o to dbać. Nie możemy zapomnieć o akademickości. Jestem lekarzem i gdyby nie szpitale kliniczne i Uniwersytet, nie byłbym lekarzem. (P. Daroszewski)

13.6. Analiza długoterminowa

Dyrektorzy szpitali klinicznych zostali poproszeni o wskazanie perspektywy długoterminowej w kontekście sytuacji w ochronie zdrowia w najbliższych latach oraz czynników, które w największej mierze będą kształtować sposób w jaki zarządzania jest placówka.

Wśród wskazywanych najważniejszych czynników, które będą odgrywały kluczowy wpływ na zarządzanie szpitalem rozmówcy wskazali:

- decyzje decydentów: Ministerstwa Zdrowia i Prezesa NFZ,
- prowadzona polityka zdrowotna,

Są tylko dwie możliwości, tak mi się wydaje. Po pierwsze kadry i po drugie niestabilność otoczenia, szeroko pojętego otoczenia prawnego. O ile, jeśli chodzi o ten pierwszy element to szpitale kliniczne są w uprzywilejowanej sytuacji żeby sobie z tym problemem radzić, o tyle z drugim to co rusz je w taki czy inny sposób dotyka i to czasem w większym stopniu szpitale powiatowe. (S. Szczepaniak)

Najważniejszym czynnikiem, który będzie determinował zarządzanie szpitala jest płatnik czyli NFZ i Ministerstwo Zdrowia. i sposób wyceny procedur. Pediatria jest słabo wyceniona generalnie i wobec tego to rodzi określone problemy. Trzeba bardzo twardą ręką zarządzać, dzięki czemu nie mamy zobowiązań, szereg szpitali pediatrycznych ma duże. Ale gdzieś i tak dochodzi się do tej granicy, że to się skończy. Także decyduje przede wszystkim Płatnik, sposób rozliczenia. (P. Daszkiewicz)

Bezapelacyjnie tendencja zmiany systemu ochrony zdrowia w kierunku systemu budżetowego nakazowego, centralnego. Absolutnie de facto do czasu sprzed ustawy o

powszechnej ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych, a później ustawy o NFZ. To jest największy problem I chciałbym żeby to wyraźnie zabrzmiało: bez względu jaka opcja polityczna w naszym kraju rządzi, w naszym kraju jest zawsze brak polityki zdrowotnej jest tylko polityka w zdrowiu, co kolejny rządzący ma swoje genialne pomysły. Każdy przed nim robił to źle, ja będę miał najlepsze pomysły. (...)

Natomiast patrząc na to co się dzieje i systemu nakazów, „ustalanie wynagrodzeń”, system nakazowy monopolistycznego płatnika to są te niebezpieczeństwa, które utrudniają i coraz bardziej będą utrudniać. Czyli to, co powiedziałem polityka w zdrowiu a nie polityka zdrowotna. I to dotyczy wszystkiego, również polityki kadrowej, ilości miejsc specjalizacyjnych, ograniczenia tych miejsc, rezydentury, sztywne ustalenia wynagrodzeń dla jednej grupy zawodowej jakby się zapominało, że nagle druga grupa nie „obudzi” się z tego powodu. To są główne błędy polityczne i to jest dla mnie najgorszy problem, jaki może być. (P. Daroszewski)

14. Wyniki analiz statystycznych

Określając zależności między liczbą łóżek posiadanych przez szpital kliniczny, a posiadaniem przez szpital działu badań klinicznych, swobodą w dysponowaniu budżetem jednostki medycznej przez kierownika, czy cyklicznością omawiania wykonania budżetu z kierownikami nie stwierdzono statystycznych różnic.

Określając zależność między wykształceniem dyrektora szpitala klinicznego na badane parametry współodpowiedzialności kierowników jednostek medycznych za wynik finansowy szpitala, oceniany poziom rozwoju komunikacji wewnętrznej w szpitalu, oceny procesu akredytacji w kontekście poprawy procesów klinicznych, postrzeganego wpływu akredytacji na oszczędności finansowe nie stwierdzono statystycznych różnic. Nie stwierdzono również korelacji pomiędzy wykształceniem dyrektora a wizją wpływu poszczególnych czynników na zarządzanie szpitalem w najbliższych 5 latach.

Przeanalizowano zależność wykształcenia dyrektora a jego wizją wpływu wskazanych czynników na zarządzanie szpitalem w perspektywie 5 lat stosując test U Manna-Whitneya (z poprawką na ciągłość).

Tabela 10. Wpływ poszczególnych zmiennych na zarządzanie w perspektywie 5 lat a wykształcenie dyrektora

Zmienne	p	N. med	N niemed
75. A. Brak personelu lekarskiego	0,791	20	14
75. B Brak personelu pielęgniarskiego	0,951	20	14
75. C Niedostateczne finansowanie ze strony płatnika	0,187	20	14
75. D Wzrost wynagrodzeń w ochronie zdrowia	0,033	19	11
75. E Zwiększenie wpływu organu założycielskiego na działalność szpitala	0,123	20	14

Skróty użyte w tabeli: p – istotność statystyczna, ns – brak istotności statystycznej, N.med.- liczebność populacji dyrektorów z wykształceniem medycznym, N.niemed. – liczebność populacji dyrektorów z wykształceniem niemedycznym

W teście Manna Whitneya wykazano brak istotnej różnicy w parametrach pomiędzy dyrektorami z wykształceniem medycznymi a niemedycznym ($p > 0.05$). Jedyna istotna różnica została zaobserwowana w przypadku wzrostu wynagrodzeń (pytanie 75), gdzie istotność statystyczna wynosiła $p=0.0329$.

Następnie zbadano zależność pomiędzy wielkością przychodów pochodzących z umowy z NFZ danego szpitala a oceną dyrektorów szpitali klinicznych czynników, które mają istotny wpływ na zarządzanie strategiczne.

Tabela 11. Zależność pomiędzy przychodami szpitala klinicznego z NFZ a opinią dyrektora szpitala klinicznego na temat czynników wpływających na zarządzanie strategiczne

Zmienne	N	R Spearman	p
A Zmieniające się otoczenia prawne, w którym funkcjonuje szpital	34	0,082	0,647
B Decyzja płatnika świadczeń	34	0,079	0,658
C Niekorzystne zmiany na rynku pracy	34	0,022	0,900
D Zmiana sposobu finansowania świadczeń	34	0,130	0,463
E Polityka organu tworzącego szpital	34	-0,145	0,412
F Regionalna polityka władz	34	0,354	0,040
G Zewnętrzni dostawcy (firmy farmaceutyczne, producenci wyrobów medycznych)	34	-0,102	0,566
H Ingerencje na szczeblu krajowym w funkcjonowaniu szpitali	33	-0,191	0,286

Skróty użyte w tabeli: N- liczebność populacji, R – współczynnik korelacji Spearmana, p – istotność statystyczna, ns – brak istotności statystycznej

Do analizy statystycznej wykorzystano współczynnik korelacji rangowej Spearmana. Jedyna istotna zależność zaobserwowano pomiędzy przychodami z NFZ a wpływem na zarządzanie w przypadku regionalnej polityki władz. Jak wynika z danych zawartych w tabeli nr 11, wartość współczynnika istotności p wynosi $p=0.040$, a współczynnik Spearmana $R=0.35$ ma wartość dodatnią tylko w przypadku regionalnej polityki władz, czyli im wyższy przychód osiąga szpital w ramach umowy z NFZ tym wyższy wpływ w opinii dyrektorów tych szpitali posiada czynnik *Regionalna polityka władz*.

Następnie dokonano analizy wpływu poszczególnych czynników na zarządzanie operacyjne.

W tabeli nr 12 zaprezentowano wyniki przeprowadzonej analizy.

Tabela 12. Zależność pomiędzy przychodami szpitala klinicznego z NFZ a opinią dyrektora szpitala klinicznego na temat czynników wpływających na zarządzanie operacyjne

Zmienne	N	R Spearman	p
A Zmieniające się otoczenia prawne, w którym funkcjonuje szpital	34	0,320	0,646
B Decyzja płatnika świadczeń	34	0,028	0,875
C Niekorzystne zmiany na rynku pracy	33	0,214	0,232
D Zmiana sposobu finansowania świadczeń	34	0,146	0,409
E Polityka organu tworzącego szpital	33	-0,059	-0,746
F Regionalna polityka władz	34	0,431	0,011
G Zewnętrzni dostawcy (firmy farmaceutyczne, producenci wyrobów medycznych)	34	0,026	0,885
H Ingerencje na szczeblu krajowym w funkcjonowaniu szpitali	34	0,293	0,092

Skróty użyte w tabeli: N- liczebność populacji, R – współczynnik korelacji Spearmana, p – istotność statystyczna

Podobnie, istotny wpływ na zarządzanie operacyjne w opinii dyrektorów szpitali wykazano pomiędzy wysokością przychodów z umowy z NFZ a regionalną polityką władz. Jak wynika z danych zawartych w tabeli nr 12, współczynnik istotności $p=0.0109$, a współczynnik Spearmana = 0.43 czyli im wyższy przychód tym wyższe wartości w zmiennej *Regionalna polityka władz*.

Pomimo dużej reprezentatywności próby ($N=34$) w stosunku do liczebności całkowitej populacji ($N=38$) rezultaty w większości przypadków nie są istotne statystycznie, co wynikać może z małej liczebności próby.

15. Dyskusja

15.1 Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym

W literaturze przedmiotu zarówno J. Rój¹²², jak i J. E. Sikora-Alicka wskazują na wpływ zmieniającego się otoczenia prawnego na sytuację szpitali. Jak wskazuje J. E. Sikora-Alicka zmiany te powodują wprowadzenie niespokojnej, wręcz burzliwej atmosfery w bieżącej działalności szpitali.¹²³

Znalazło to potwierdzenie w wynikach przeprowadzonego badania ankietowego oraz wywiadów pogłębionych.

Badania ankietowe przeprowadzone na podstawie opinii dyrektorów szpitali klinicznych wskazują, że wśród czynników zewnętrznych - na zarządzanie strategiczne i operacyjne szpitalem klinicznym - zasadniczy wpływ mają decyzje płatnika świadczeń oraz zmiana sposobu finansowania świadczeń. Ponadto, ważnym czynnikiem wpływającym na zarządzanie szpitalem jest ustawicznie zmieniające się otoczenie prawne, w którym szpitale funkcjonują. Wyniki badań ankietowych są zbieżne z wynikami analizy wywiadów pogłębionych przeprowadzonych z dyrektorami, którzy podkreślali silne oddziaływanie regulacji prawnych ze strony Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia na ich sposób zarządzania szpitalem.

Nie zanotowano istotnych różnic w kontekście zarządzania strategicznego i operacyjnego a wpływem wskazywanych przez badacza czynników (tj.: zmieniającym się otoczeniem prawnym, w którym funkcjonuje szpital, decyzjami płatnika świadczeń, niekorzystnymi zmianami na rynku pracy, zmianą sposobu finansowania świadczeń, polityką organu tworzącego szpital, regionalną polityką władz).

Wydaje się zatem, że dla zapewnienia bezpieczeństwa funkcjonowania szpitali klinicznych w kontekście zarządczym polityka władz zarówno płatnika (Narodowego Funduszu Zdrowia), jak i regulatora (Ministerstwo Zdrowia) winna być prowadzona w sposób zrównoważony, z zapewnieniem pewnej dozy przewidywalności w działaniach. Zarządzanie szpitalem klinicznym w głównej mierze bowiem opiera się na reagowaniu

¹²² J. Rój, *Efektywność usługowa jako kryterium wyboru mechanizmu finansowania szpitali*, w: „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 4, 2003.

¹²³ J.E. Sikora-Alicka, *Efektywność działalności polskich szpitali klinicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2021, s. 54.

kadry zarządzającej na pojawiające się zmiany zarówno w aktach prawnych wydawanych przez Ministerstwo Zdrowia, jak i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Mniejszy wpływ na zarządzanie szpitalami klinicznymi dyrektorzy upatrują w zmianach rynkowych związanych ze zmianą na rynku pracy, czy też zmianach w kontekście zewnętrznych dostawców (firm farmaceutycznych, producentów wyrobów medycznych).

15.2. Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym

Wśród czynników wewnętrznych wskazywanych przez dyrektorów szpitali klinicznych, które wpływają na zarządzanie szpitalem klinicznym, największy wpływ mają: polityka kadrowa i profil prowadzonej działalności. Zatem determinantą zarządzania w opinii dyrektorów jest kadra medyczna i rodzaj udzielanych świadczeń.

W badaniach ankietowych dyrektorzy nie wskazali, aby dualizm zatrudnienia personelu (zatrudnienie w ramach podmiotu leczniczego i uczelni medycznej) miał duży wpływ na zarządzanie szpitalem klinicznym. Uzyskane wyniki badań ankietowych w tym zakresie różnią się nieco od wyników analizy materiału zebranego podczas wywiadów pogłębionych. Być może należałoby szczegółowo zbadać aspekt dualizmu zatrudnienia oraz jego wpływu na zarządzanie szpitalem.

W kontekście badania wpływu rad społecznych na zarządzanie szpitalem klinicznym dyrektorzy wskazali na niskiej roli rad społecznych szpitali na podejmowane przez zarząd decyzje. Jednakże, jak wynika z rozkładu udzielonych odpowiedzi dotyczących wpływu rady społecznej na strategię zarządzania w szpitalu obserwujemy, że - w zależności od szpitala klinicznego - oceniane są bądź jako mające duży wpływ na zarządzanie, bądź oceniane są jako mające niewielki wpływ na strategię zarządzania szpitalem. Według badacza ta polaryzacja opinii może wynikać indywidualnej pozycji rady społecznej w danym szpitalu, a także jej składu osobowego, aktywności, stopnia angażowania członków rady w działalność szpitala, czy od indywidualnego podejścia zarządzającego szpitalem klinicznym. Rady społeczne nie posiadające w szpitalach klinicznych ugruntowanej pozycji, nie są organem znaczącym z punktu widzenia zarządczego.

Dostępne w literaturze badanie dotyczące opinii zarządzających szpitalami na temat funkcjonowania oraz przydatności rad społecznych przeprowadzone zostały przez M. Kautscha w latach 2011-2012 na grupie 50 SPZOZów i 39 NZOZów¹²⁴. Wyniki badań wskazują na niskie korzyści dla podmiotów z działalności rad społecznych, nie spełnianie przez ten organ swojej roli w kontekście zarządzania szpitalem. Ponadto M. Kautsch w badaniu wskazuje na oceniane jako niskie przez dyrektorów kompetencje członków rady oraz niską przydatność tego organu w kontekście zarządczym.

Ponadto M. Kautsch oraz R. Staszewski¹²⁵ wykazali podczas badań nad funkcjonowaniem i znaczeniem rad społecznych, że działalność rady wydłuża proces decyzyjny i może utrudniać zarządzanie szpitalem.

Biorąc pod uwagę wyniki badań własnych oraz wyniki dostępnych badań innych autorów być może należałoby szerzej zbadać kwestię zasadności oraz uprawnień funkcjonowania tego organu w szpitalach klinicznych.

15.3. Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym

Czynnikiem wpływającym na zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym w opinii dyrektorów jest wysokość wynagrodzeń uwarunkowana decyzjami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, co potwierdzają również wnioski z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych zawartych w niniejszej pracy. Wskazuje to na niski wpływ zarządzających szpitalami na zarządzanie kadrami w szpitalach klinicznych. Zarządzanie to w dużej mierze ma charakter reaktywny, nie zaś opiera się na określonej strategii zarządzania kadrami. W związku z powyższym można wysnuć wniosek, iż zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym jest ograniczone, często pozorne.

Potwierdzają to liczne opinie ekspertów z dziedziny ochrony zdrowia, m.in. wskazywane przez M. Biardzkiego¹²⁶ kolejne etapy degradacji systemu płacowego rozpoczęte w 2015 r. przez wprowadzenie przez ówczesnego Ministra Zdrowia prof. Mariana Zembałę regulacji płacowych rozporządzeniem, wprowadzając nowy produkt rozliczeniowy dotyczący świadczeń realizowanych przez pielęgniarki. Kolejno

¹²⁴ M. Kautsch, *Rady społeczne i nadzorcze w opinii dyrektorów szpitali*, „Zarządzanie Publiczne” Nr 2(32)/2015.

¹²⁵ R. Staszewski, M. Kautsch, E. Woderska, *Funkcjonowanie i znaczenie rad społecznych w zarządzaniu publicznymi szpitalami*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” t. XIII, nr 5, 2012.

¹²⁶ M. Biardzki, *Grzech pierwotny polityki kadrowej w opiece zdrowotnej*, „Menedżer Zdrowia” 2019, 5-6, s.37-41.

wprowadzane regulacje związane z płacami w ochronie zdrowia krok po kroku wytrącały narzędzie zarządzania kadrami w szpitalu jakim jest możliwość wpływu na wysokość wynagrodzeń.

M. Pakulski¹²⁷ wskazuje, że wprowadzanie centralnego sterowania podwyżkami może wprowadzać jedynie chaos i powodować dalsze zadłużenie szpitali.

O swoistym „rozsypaniu” systemu płac pisał S. Cofta¹²⁸ wskazując na trudności, z jakimi zarządzający szpitalami muszą się mierzyć w kontekście decyzji podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia w zakresie płac w szpitalach.

Do badań nad kwestią zarządzania kadrami w szpitalach klinicznych włączony został stosunkowo nowy element dla szpitali klinicznych jakim jest praca zdalna. Ze względu na stan epidemii trwający w trakcie zbierania materiałów do pracy doktorskiej wprowadzono tematykę pracy zdalnej, jako nowego elementu, który częściej rozpoczął się pojawiać w obszarze zarządzania kadrami w szpitalach klinicznych. Jak wynika z przeprowadzonych badań nie we wszystkich szpitalach klinicznych praktykowana była praca zdalna. W szpitalach klinicznych, w których jest ona praktykowana w ocenie zarządzających efektywność pracy zdalnej w obszarze administracji jest wyższa niż w obszarze medycznym, co związane jest zapewne z zakresem obowiązków, które w przypadku personelu administracyjnego częściej może być efektywnie wykonywany poprzez pracę zdalną.

Analiza ankiet wskazuje, że praca zdalna świadczona była w wielu działach administracyjnych szpitala, świadczona była częściej niż przed okresem pandemii COVID-19, co może wskazywać na dostosowanie przez zarządzających szpitalami strategii zarządzania kadrami w szpitalach klinicznych do sytuacji epidemiologicznej. Być może należałoby zbadać czy działania zarządzających oparte były o pewną strategię, czy wynikały z ad hoc podjętych działań zmierzających do zapewnienia ciągłości działalności szpitala w części administracyjnej. Być może zatem w kontekście planowania długofalowej strategii zarządzania kadrami zarządzający szpitalami mogliby rozważyć wprowadzenie na stanowiskach administracyjnych, których zakres

¹²⁷ M. Pakulski, *Centralnie sterowane podwyżki ubezwłasnowolnią dyrektorów*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/ustawa-o-najnizszym-wynagrodzeniu-pracownikow-wykonujacych,300020.html>, dostęp 20.01.2022.

¹²⁸ S. Cofta, *Rozsypany system płac*, „Biuletyn Wielkopolskie Izby Lekarskiej” 10/2021, s. 15.

obowiązków umożliwia pracę zdalną, częściowe jej wprowadzenie nie tylko w przypadku pandemii, ale również jako pozapłacowy element zachęty dla przyszłych i obecnych pracowników.

Według rekomendacji J. M. Moczydłowskiej¹²⁹, która przeprowadziła w 2021 r. badania ankietowe na grupie menedżerów — studentów studiów Executive MBA, organizacja, w której prowadzona praca zdalna powinna przygotować regulamin pracy zdalnej, w którym będą określone m.in. godziny pracy, sposób jej monitorowania, zasady wykorzystywania sprzętu służbowego i rozliczania się z ponoszonych kosztów.

15.4. Narzędzia wykorzystywane do zarządzania organizacją

Zarządzanie w szpitalu klinicznym na poziomie komórek organizacyjnych odbywa się za sprawą kierowników oddziałów oraz poradni. Według badań przeprowadzonych przez M. Striker¹³⁰ zadania ordynatorów koncentrowały się na sferze medycznej i nadzorze nad rozwojem zawodowym podległych lekarzy, natomiast w dość ograniczonym stopniu włączani byli lub chcieli być włączani w proces zarządzania i podejmowania decyzji w sferze ekonomicznej.

Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy wykazały, że w szpitalach klinicznych dyrektorzy przekazują kierownikom komórek medycznych informację o realizacji budżetu danej jednostki w sposób cykliczny, z różną częstotliwością.

S. Hutchinson i J. Purcell¹³¹ w swoich badaniach wskazują na pozytywne efekty dodania do tradycyjnych obowiązków klinicznych kierowników takich elementów jak: zarządzanie budżetem, zakupami, zarządzanie ścieżką leczenia pacjenta, jak również rozległy zakres obowiązków w zakresie zasobów ludzkich.

Zarządzający szpitalami klinicznymi zgodnie z uzyskanymi w badaniach własnych danymi w dużej mierze nie korzystają z narzędzia związanego z powołaniem dodatkowych menadżerów na oddziałach (oprócz kierujących oddziałami), jednakże rozwiązanie takie praktykowane jest w kilku ze szpitali.

Jest to ciekawe rozwiązanie z punktu widzenia badacza, dlatego też w dalszym procesie badawczym być może warto byłoby zweryfikować zakres obowiązków

¹²⁹ J. M. Moczydłowska, *Nowe trendy na rynku pracy — praca w systemie home office w percepcji polskich menedżerów*, „Marketing i Rynek”, t. XXVIII, nr 4/2021.

¹³⁰ M. Striker, *Zmiany w postrzeganiu ról zawodowych menedżerów medycznych w publicznym szpitalu*, „Edukacja ekonomistów i menedżerów” 2(40), 2016, s.135-150.

¹³¹ S. Hutchinson, J. Purcell, *Managing Ward Managers for Roles in HRM in the NHS: Overworked and Under - resourced*. „Human Resource Management Journal”, 20(4)/2010, s. 357–374.

menadżera zarządzającego, z zakresem obowiązków kierownika (ordynatora) danego oddziału oraz zapoznanie się z ww. rozwiązaniem w aspekcie zarządzania operacyjnego tymi komórkami organizacyjnymi.

Powiązanie wyniku finansowego oddziału/komórki z wynagrodzeniem kierownika jednostki nie jest również powszechną praktyką (brak takiego rozwiązania w 71% szpitali), ponieważ stosowane jest jedynie w 3 szpitalach, jednakże dyrektorzy 7 szpitali deklarują chęć wdrożenia takiego modelu w przyszłości. Warto zapoznać się zatem z przyjętymi rozwiązaniami w szpitalach, w których mechanizm taki jest stosowany. Wśród interesujących wskazań pojawiają się: powiązanie wynagrodzenia kierownika z EBIDTA, czy w oparciu o ustalone cele zarządcze. Ww. rozwiązania niewątpliwie są interesującymi rozwiązaniami, które mogłyby podlegać dalszej analizie szczegółowej w oparciu o wywiad pogłębiony z dyrektorami szpitali, którzy stosują wskazane narzędzia zarządcze.

W szpitalach klinicznych – jak wynika z uzyskanych odpowiedzi - nie jest powszechne stosowanie elektronicznych narzędzi do zarządzania portfelem realizowanych projektów. Te szpitale, które wskazują na wykorzystanie dedykowanych narzędzi do zarządzania portfelem realizowanych projektów stosują szereg różnych rozwiązań informatycznych. Wydaje się zatem, że zarządzanie projektami odbywa się w szpitalach klinicznych w rozproszeniu, co może zaburzać proces zarządzania nimi.

15.5. Strategia komunikacji wewnętrznej

Komunikacja wewnętrzna stanowi obecnie istotny element w zarządzaniu organizacją. Według K. Smoląg i B. Ślusarczyk¹³² - z uwagi na rosnącą ilość informacji, realizowanie zaawansowanych projektów, potrzeby pracowników, społeczeństwa i środowiska, a także rozwój technologii informacyjnej - konieczne jest innowacyjne podejście do komunikacji. Jak wynika z raportu *Efektywność zaczyna się od komunikacji wewnętrznej*.

¹³² K. Smoląg, B. Ślusarczyk, *Komunikacja wewnętrzna – innowacyjny aspekt współczesnego zarządzania organizacją*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytet Szczeciński” nr 52/2 2018.

*Raport dla menedżerów na podstawie badania pracowników*¹³³ trzema kluczowymi czynnikami budującymi efektywność firmy są: partnerska i otwarta komunikacja, odpowiedzialność kierowników/ menedżerów za sprawny przepływ informacji oraz wykorzystanie narzędzi on-line.

Wyniki wspomnianych badań znajdują swoje potwierdzenie również w wynikach badań przeprowadzonych w ramach przedkładanej pracy doktorskiej. Dyrektorzy szpitali klinicznych jako ogniwo mające największy wpływ na proces komunikacji wewnętrznej wskazywali na: nastawienie kadry najwyższego szczebla do sposobu komunikacji, jasność komunikatu oraz zaangażowanie pracowników w proces komunikacji. Analiza wywiadów pogłębionych zawartych w niniejszej pracy również potwierdza, że komunikacja wewnętrzna stanowi kluczowy czynnik warunkujący prawidłowe działanie szpitala oraz umożliwiającą sprawne nim zarządzanie.

W szpitalach klinicznych stosuje się szereg narzędzi komunikacji wewnętrznej w postaci komunikatów kierowanych do pracowników w różny sposób (Intranet, pisma okólne, maile). Jak wskazuje M. Juchnowicz¹³⁴ organizacja potrzebuje różnorodnych kanałów komunikacji, z których każdy będzie służył do przekazywania innego rodzaju informacji.

Wśród - wydaje się nie do końca upowszechnionych form komunikacji wewnętrznej - znajduje się gazeta szpitalna, która wydawana jest jedynie w 7 badanych szpitalach klinicznych. Jak mogą wskazywać wnioski z wywiadów pogłębionych może to wynikać z czasochłonności związanej z przygotowywaniem periodyku szpitalnego.

Pomimo posiadanych przez szpitale możliwości informatycznych zarządzający szpitalami w głównej mierze nie korzystają z przesyłania newsletterów do swoich pracowników. Być może dyrektorzy szpitali klinicznych powinni rozważyć zastosowanie tego rozwiązania w swojej strategii komunikacji wewnętrznej, jako rozwiązania praktycznie bez ponoszenia dodatkowych kosztów, a przynoszącego wymierne efekty

¹³³ *Efektywność zaczyna się od komunikacji wewnętrznej*. Raport dla menedżerów na podstawie badania pracowników (2017) w: <https://emplo.pl/>, dostęp: 20.03.2022.

¹³⁴ M. Juchnowicz (red.), Zarządzanie kapitałem ludzkim. Procesy-narzędzia- aplikacje, PWE, Warszawa 2014.

komunikacyjne i wymuszającego systematyczne sprawdzanie poczty elektronicznej przez pracowników.

W związku z pandemią COVID-19 wiele zarządzających szpitalami musiało zmierzyć się z przemodelowaniem sposobu komunikacji wewnętrznej. W wielu szpitalach klinicznych rozpoczęto wykorzystywanie nowoczesnych narzędzi do komunikacji online w postaci dostępnych na rynku komunikatorów. Szpitale kliniczne - jak wynika ze wskazań - korzystały zarówno z płatnych, jak i bezpłatnych programów do kontaktu online. Wykorzystanie nowoczesnych technologii w procesie komunikacji stanowi nowy etap dla szpitali klinicznych, który powinien być nieustająco rozwijany. Według przytoczonego raportu *Efektywność zaczyna się od komunikacji wewnętrznej. Raport dla menedżerów na podstawie badania pracowników*¹³⁵ nowe technologie w opinii pracowników i zarządzających mogą usprawnić komunikację wewnętrzną organizacji, a także częściowo zastąpić tradycyjne metody komunikacji.

15.6. Strategia komunikacji zewnętrznej

Komunikacja zewnętrzna w szpitalach opiera się na komunikacji z pacjentem oraz zdolności porozumienia się z otoczeniem. Według A. Czerw, U. Religioni, A. Matuszna, K. Lesiak, A. Olejnik, D. Śniadała¹³⁶ właściwa komunikacja z podmiotami zewnętrznymi, uważana jest za istotny czynnik warunkujący sukces każdej organizacji.

Zarządzający szpitalami klinicznymi przyjmują różne strategie komunikacji zewnętrznej. Z jednej strony część szpitali posiada w swoich takim stanowiska, druga część nie posiada w swoich strukturach takiego stanowiska, ani na w strukturze organizacyjnej, ani w ramach zleconych dodatkowych zadań. W oparciu o wywiady pogłębione z dyrektorami szpitali klinicznych w przypadku nie posiadania przez szpital rzecznika (w 3 z 4 przypadków szpitali klinicznych, z którymi przeprowadzono wywiad pogłębiony) w rolę rzecznika szpitala wciela się dyrektor szpitala.

¹³⁵ Efektywność zaczyna się od komunikacji wewnętrznej. Raport dla menedżerów na podstawie badania pracowników (2017) op. cit.

¹³⁶ A. Czerw, U. Religioni, A. Matuszna, K. Lesiak, A. Olejnik, D. Śniadała, *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*, „Hygeia Public Health” 2012, 47(3): 247-25.

Uzyskane wyniki badań zawarte w niniejszej pracy doktorskiej są zbieżne z wynikami zaprezentowanymi w raporcie Fundacji „Misja Medyczna”¹³⁷ opracowanym na podstawie badania, do którego zaproszono 200 akredytowanych szpitali. Tylko 36% badanych placówek miało rzeczników prasowych. Wśród przyczyn braku rzecznika wskazano: brak potrzeby powoływania rzecznika w opinii zarządzających (62% odpowiedzi), opinia że szpital jest zbyt małą jednostką (23%) oraz brak środków finansowych (15%).

Praktyka zwoływania konferencji prasowych dotyczy połowy szpitali klinicznych.

Szpitala kliniczne w dużej mierze nie posiadają ustrukturyzowanej polityki informacyjnej szpitala w formie zwanego dokumentu. Blisko połowa szpitali wskazało na brak jakichkolwiek uregulowań związanych z przyjętą polityką informacyjną szpitala, ani w formie jednego spójnego dokumentu, ani w formie kilku rozporoszonych dokumentów.

Wydaje się zatem, że tak ważny element działalności szpitala klinicznego powinien zaistnieć w oficjalnych dokumentach organizacji. Brak ww. uregulowań w znaczący sposób może rzutować na poziom komunikacji zewnętrznej reprezentowanej przez szpital.

15.7. Jakość w szpitalu klinicznym

Szpitala kliniczne posiadają w tej samej proporcji potwierdzenia normy ISO i certyfikaty akredytacyjne CMJ, jednakże wśród nich 19 szpitali posiada zarówno co najmniej jeden z certyfikatów ISO, jak i akredytację CMJ. Świadczyć to może o dużej determinacji oraz pewnego rodzaju nastawieniu na jakość jako ważnego elementu zarządzania szpitalem.

Brak posiadania przez wiele szpitali klinicznych akredytacji CMJ może wynikać z trzech powodów. Po pierwsze wynikać może z tego, że szpital nie spełnia kryteriów akredytacji i nie uzyskał certyfikatu, drugim powodem może być brak woli kierownictwa do przystąpienia do takiej akredytacji, natomiast trzecim powodem może być obecna sytuacja pandemiczna. Z wiedzy badacza wynika, iż część szpitali klinicznych złożyło

¹³⁷ Raport zaprezentowano podczas I Kongresu Komunikacji w Ochronie Zdrowia organizowanego przez Fundację Misja Medyczna w dniach 20-21 czerwca 2018 r.

wniosek o wizytę akredytacyjną, jednakże z uwagi na stan pandemii na terenie Polski wizyty CMJ zostały wstrzymane.

W związku z powyższym wnioski że szpitale nie posiadające żadnych z ww. certyfikatów nie kierują się jakością w zarządzaniu szpitalem klinicznym mogą być krzywdzące i nie ukazywać w pełni nastawienia kadry zarządzającej do jakości.

Jakość w szpitalach klinicznych w opinii dyrektorów szpitali powinna być mierzona nie uzyskanymi akredytacjami bądź certyfikatami, ale mieć wymierne przełożenia na poszczególne parametry jakościowe.

Dostępne badania m.in. M. Z. Wiśniewskiej i M. Muraczewskiego¹³⁸ nie potwierdzają realnego wpływu posiadania akredytacji na podniesienie jakości świadczonych usług.

R. Lewandowski i I. Kowalski¹³⁹ zwracają uwagę na brak w polskich realiach jednoznacznych, ustandaryzowanych wskaźników jakości leczenia, co pozwoliłoby na odniesienie jakości świadczonych usług do rzeczywistych mierników.

Jak wskazują jednak M. Białas, J. Krakowiak, B. Włodarczyk, A. Rzeźnicki, W. Stelmach¹⁴⁰ poddawanie się akredytacji i certyfikacji ISO jest dobrze postrzegane w kręgu zinstytucjonalizowanych zewnętrznych i wewnętrznych interesariuszy, co może nie pozostawać bez znaczenia w kontekście podejmowania przez zarządzających szpitalami decyzji o wdrażaniu ww. standardów i norm.

Obszarem objętym badaniem w niniejszej pracy doktorskiej był również obszar zdarzeń niepożądanych. Jak wynika z uzyskanych wyników badań większość szpitali klinicznych prowadzi rejestr zdarzeń niepożądanych. Rejestry te zatem prowadzą również szpitale, które nie posiadają ani akredytacji CMJ, ani norm ISO. Jak można zatem wnioskować rejestr zdarzeń niepożądanych w ocenie zarządzających szpitalami klinicznymi jest cennym źródłem informacji, a jego wdrożenie nastąpiło w niektórych przypadkach dobrowolnie, nie zaś pod przymusem spełnienia standardów akredytacyjnych.

¹³⁸ M. Z. Wiśniewska, M. Muraczewska, *Akredytacja CMJ a poprawa jakości usług medycznych na przykładzie szpitala Y*, w: *Wybrane aspekty zarządzania jakością usług*, pod red. J. Dziadkowiec, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków 2015 s. 225-240.

¹³⁹ R. Lewandowski, I. Kowalski, *W poszukiwaniu obiektywnych metod pomiaru jakości usług medycznych*. [w:] *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, pod red. R. Lewandowski, Katedra Organizacji I Zarządzania, Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińskiego Mazurskiego, 2008.

¹⁴⁰ M. Białas, J. Krakowiak, B. Włodarczyk, A. Rzeźnicki, W. Stelmach, *Zmiany zachodzące w opiniach pacjentów na temat jakości udzielania świadczeń medycznych po wdrożeniu Zintegrowanego Systemu Zarządzania w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii*, w: *Zarządzanie w zdrowiu publicznym – aspekty społeczne i ekonomiczne*, red. J. Krakowiak, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź - Warszawa 2016, s. 269-284

15.8. Sytuacja finansowa szpitali

Wśród szpitali klinicznych, które wzięły udział w badaniu ankietowym aż 34% zanotowało stratę w 2020 roku.

Obecnie 50% szpitali klinicznych deklaruje realizację programów naprawczych, będących wynikiem sytuacji szpitala w 2020 r., bądź we wcześniejszych latach.

Dotychczas 2 z łącznej liczby 34 szpitali klinicznych podmiot tworzący, a więc uczelnia medyczna zobowiązany był pokryć ujemny wynik finansowy.

Uzyskane dane finansowe szpitali klinicznych wskazują, że ich sytuacja finansowa w 2020 r. była w przypadku 1/3 z nich niezadawalająca z uwagi zanotowaną stratę, natomiast w perspektywie realizowania przez 1/2 szpitali klinicznych obecnie bądź w przeszłości programów naprawczych wydaje się, że ich kondycja przed rokiem 2020 i nadal nie była zadowalająca. Potwierdza to powszechna zwiedza dotycząca sytuacji finansowej szpitali, która zawarta jest w szeregu raportów¹⁴¹.

15.9. Nauka w szpitalu klinicznym

We wszystkich szpitalach klinicznych prowadzone są badania kliniczne, ich obsługą w części administracyjnej zajmują się działy badań klinicznych bądź wskazane w strukturze inne działy, które w zakresie swoich kompetencji posiadają ten obszar.

W szpitalach klinicznych prowadzone są zarówno badania komercyjne, jak i niekomercyjne, przy czym w czterech szpitalach badania komercyjne nie są prowadzone, co może wynikać z profilu udzielanych świadczeń, bądź mniejszej aktywności zatrudnionej w danych ośrodkach kadry medycznej.

15.10. Dydaktyka w szpitalu klinicznym

Dydaktyka w szpitalu klinicznym jest nieodłączonym, tak jak i nauka, elementem działalności szpitala klinicznego. Jest to element działalności, który jest kosztochłonny,

¹⁴¹ K. Dubas-Jakóbczyk, E. Kocot, A. Koziołek, *Financial Performance of Public Hospitals: A Cross-Sectional Study among Polish Providers*, w: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020,17, 2188.

a uczelnia medyczna w sposób niewspółmierny pokrywa koszty tej działalności. Pomimo tego dyrektorzy szpitali klinicznych zdają sobie sprawę z wielowątkowości tej kwestii.

Wysokość otrzymywanych przez szpitale kliniczne środków w ramach zawartych z uczelniami medycznymi umowami jest bardzo rozbieżna co może świadczyć o pewnej dowolności w kształtowaniu rozliczeń na linii uczelnia – szpital kliniczny.

Dyrektorzy wskazują, że uczelnia medyczna nie zawsze uznaje koszty wskazane przez szpital do rozliczenia, często co do ich wysokości prezentowane są zastrzeżenia ze strony uczelni.

System rozliczeń w opinii badacza związanych z finansowaniem dydaktyki w szpitalach klinicznych powinien, z uwagi na wykazane znaczące rozbieżności w wysokości przekazywanych środków, być jasno uregulowany, oparty na zunifikowanych zasadach, biorących pod uwagę obiektywne wskaźniki (liczba studentów, liczba studentogodzin itd.).

Uzyskane wyniki badań potwierdzają wnioski zawarte w raporcie NIK opublikowanym w 2015 roku dotyczącym funkcjonowania szpitali klinicznych¹⁴², w którym to wskazano na niewystarczającą wysokość środków finansowych przekazywanych szpitalom klinicznym przez uczelnie medyczne na realizację zadań dydaktycznych, które nie pokrywały kosztów ponoszonych z tego tytułu. Ponadto NIK w raporcie wskazywał na brak rzetelnie ustalonych kosztów dydaktyki klinicznej ponoszonych przez szpitale kliniczne, co znalazło swoje potwierdzenie w wynikach przeprowadzonych badań. Wskazany raport NIK opierał się na przeprowadzonej kontroli 12 szpitali klinicznych w Polsce.

15.11. Prognoza długoterminowa

W dyskusji toczącej się w Polsce dotyczącej kształtu systemu ochrony zdrowia pojawiają się głosy mówiące o konieczności wskazania kierunków zmian w ochronie zdrowia oraz zakreślenia długofalowej strategii działania. NIK w raporcie z 2018 r. dotyczącym m.in. pożądanych kierunków zmian w systemie ochrony zdrowia¹⁴³

¹⁴² Raport NIK *Funkcjonowanie szpitali klinicznych*, Warszawa 2015.

¹⁴³ Raport NIK *System ochrony zdrowia w Polsce- zmiany obecne i pożądane*, Warszawa 2019.

wskazuje na konieczność opracowania długookresowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia, która musi uzyskać powszechną akceptację społeczną i wyznaczyć wizję rozwoju systemu.

Potwierdzeniem tez zawartych w ww. raporcie jest materiał badawczy zebrany podczas wywiadów pogłębionych z dyrektorami szpitali klinicznych. W wywiadach tych wskazują na konieczność jasnego sformułowania wizji systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z rekomendacjami NIK w opinii zarządzających taka powszechnie akceptowana strategia powinna chronić system przed działaniami doraźnymi.

W obecnej sytuacji systemu ochrony zdrowia w Polsce - jako kluczowy czynnik determinujący sposób zarządzania w najbliższych 5 latach - zarządzający wskazują niedostateczne finansowanie ze strony płatnika. Dopiero jako kolejny czynnik wskazywane są prognozowane niedobory personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.

Obraz zarządzania szpitalami klinicznymi w kontekście prognozy długoterminowej wydaje się być permanentnym zarządzaniem zmianą z uwagi na dynamicznie zmieniające się otoczenie prawne związane z dynamicznie wprowadzanymi regulacjami przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, nie zaś realizowaną wieloletnią strategią.

Wskazywane przez E. Dąbrowską¹⁴⁴ za R. Holly i J. Suchecką¹⁴⁵ bariery efektywności szpitali klinicznych jak: problemy dotyczące wyceny procedur medycznych przez NFZ, problem zmian w przepisach prawa, wymaganiach jednostek nadzorujących, problem wydatkowania środków finansowych oraz problem zarządzania w otoczeniu wielu zmiennych często nieprzewidywalnych nadal występują w systemie ochrony zdrowia w Polsce i wymagają pilnej rewizji.

¹⁴⁴ E. Dąbrowska, *Optymalizacja poziomu jakości świadczeń zdrowotnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej na przykładzie Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2012, s. 14.

¹⁴⁵ R. Holly, J. Suchecka, *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*. Agencja Wydawnicza SOWA, Łódź-Warszawa 2009, 17-20.

16. Wnioski

Kierując się zdefiniowanymi celami po dokonaniu analizy materiału badawczego sformułowano poniższe wnioski:

1. Wśród czynników zewnętrznych wpływającymi na zarządzanie szpitalami klinicznymi największy wpływ mają decyzje płatnika świadczeń oraz zmiana sposobu finansowania świadczeń.
2. Wśród czynników wewnętrznych wpływających na zarządzanie szpitalami klinicznymi największy wpływ ma polityka kadrowa i profil prowadzonej działalności.
3. Czynnik wpływający na zarządzanie związany z *regionalną polityką władz* ma tym wyższy wpływ, im wyższy jest poziom przychodów szpitala klinicznego w ramach umowy z NFZ.
4. Możliwość skutecznego zarządzania kadrami w szpitalach klinicznych determinowane jest w znaczącej mierze administracyjnymi decyzjami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Wykorzystywanie narzędzi powiązania wynagrodzeń z celami zarządczymi w większości szpitali klinicznych nie jest praktykowane, choć wielu dyrektorów szpitali klinicznych deklaruje chęć wdrożenia tego rodzaju rozwiązania w przyszłości.
6. Praca zdalna w szpitalach klinicznych jest praktykowana, jednakże jej efektywność jest wyżej oceniana dla obszaru administracji niż obszaru medycznego.
7. Kierujący komórkami medycznymi szpitali klinicznych otrzymują informacje zarządcze od dyrektorów placówek, jednak forma oraz częstotliwość uzyskiwania tych danych jest zróżnicowana.
8. Na terenie szpitali klinicznych prowadzone są badania kliniczne, jednakże wśród szpitali istnieje duża różnorodność intensywności prowadzonych badań oraz sposobu ich ustrukturyzowania w działalności szpitala.
9. Realizacja przez wszystkie szpitale kliniczne dydaktyki opiera się na zawartych z uczelniami medycznymi umowach, jednakże wysokość wynagrodzenia z tytułu prowadzenia na terenie szpitali klinicznych dydaktyki cechuje się bardzo dużą różnorodnością i wydaje się nie mieć związku z wymiarem prowadzonej dydaktyki.
10. Koszty dydaktyki, choć szacowane przez szpitale, są często przedmiotem kwestionowania przez uczelnie medyczne.

11. Deklarowana przez dyrektorów szpitali klinicznych autonomia w kontekście zarządczym wśród komórek medycznych jest wyższa niż wśród komórek administracyjnych.
12. Szpitale kliniczne w sposób niepełny wykorzystują dostępne narzędzia komunikacji wewnętrznej różniąc się między sobą w tym zakresie.
13. Szpitale kliniczne w różnorodny sposób korzystają z dostępnych narzędzi komunikacji zewnętrznej prezentując różny stopień rozwoju organizacji w tym zakresie.
14. Szpitale kliniczne - pomimo braku obowiązku rejestrowania zdarzeń niepożądanych - rejestrują je i analizują dobrowolnie uznając za cenne narzędzie zarządcze.
15. Znacząca większość szpitali klinicznych posiada akredytacje i certyfikaty jakości ISO, co świadczy o przywiązaniu wagi do zewnętrznej ewaluacji.

17. Streszczenie

17.1. Streszczenie w języku polskim

Szpitala kliniczne stanowią ośrodki o najwyższym stopniu referencyjności w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Założenia pracy opierają się na próbie określenia wybranych obszarów działalności szpitali klinicznych w aspekcie zarządczym. Należy wskazać, iż dostępność literatury przedmiotu w zakresie organizacji ochrony zdrowia zawiera lukę poznawczą dotyczącą wielowymiarowości funkcjonowania szpitali klinicznych, dlatego też zakres przedmiotowy badania wydawał się być interesujący z punktu widzenia naukowego.

Celem głównym badania była identyfikacja czynników wpływających na zarządzanie szpitalami klinicznymi. Wśród celów szczegółowych badania miały na celu ukazać składowe czynniki wpływających na zarządzanie w szpitalu klinicznym oraz zaprezentować różnorodność rozwiązań zarządczych stosowanych w polskich szpitalach klinicznych, ukazać wpływ trzech płaszczyzn funkcjonowania szpitali klinicznych (dydaktyka, nauka, świadczenie usług) na zarządzanie szpitalem oraz wskazać organy wspomagające podejmowanie decyzji dyrekcyjnych w szpitalach klinicznych oraz ich roli w procesie zarządzania.

Badanie oparto na: badaniu ankietowym przeprowadzonym wśród 34 szpitali klinicznych z łącznej liczby 38 szpitali klinicznych w Polsce. Łącznie badacz wyodrębnił 11 badanych obszarów tj.: I. Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym, II. Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym, III. Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym, IV. Narzędzia wykorzystywane do zarządzania organizacją, V. Strategia komunikacji wewnętrznej, VI. Strategia komunikacji zewnętrznej, VII. Jakość w szpitalu klinicznym, VIII. Sytuacja finansowa szpitala, IX. Nauka w szpitalu klinicznym, X. Dydaktyka w szpitalu klinicznym, XI. Prognoza długoterminowa.

W celu dopełnienia obrazu szpitali klinicznych badacz przeprowadził cztery wywiady pogłębione z dyrektorami szpitali klinicznych na temat obszarów badawczych wskazanych powyżej. Ponadto dla zapewnienia rzetelności naukowej przeprowadzonych badań uzyskane wyniki z kwestionariusza ankiety poddano analizie statystycznej. Do analiz statystycznych użyto następujących testów: test Fishera Freemana Haltona,

dokładny test Fishera, Manna Whitney, Kruskala Wallisa, współczynnik korelacji rangowej Spearmana.

W badaniu stwierdzono, że wśród czynników zewnętrznych wpływający na zarządzanie szpitalami klinicznymi największy wpływ na zarządzanie mają decyzje płatnika świadczeń oraz zmiana sposobu finansowania świadczeń. Wśród czynników wewnętrznych wpływających na zarządzanie szpitalami klinicznymi największy wpływ ma polityka kadrowa i profil prowadzonej działalności. Czynnikiem wpływającym na zarządzanie związany z regionalną polityką władz ma tym większy wpływ, im wyższe są uzyskiwane przychody w ramach umowy z NFZ.

Zarządzanie kadrami w szpitalach klinicznych determinowane jest w znaczącej mierze administracyjnymi decyzjami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wykorzystywanie narzędzi powiązania wynagrodzeń z celami zarządczymi w większości szpitali klinicznych nie jest praktykowane, natomiast wielu dyrektorów szpitali klinicznych deklaruje chęć wdrożenia tego rodzaju rozwiązania w przyszłości. Kierujący komórkami medycznymi szpitali klinicznych otrzymują informacje zarządcze od dyrektorów placówek, jednak forma oraz częstotliwość uzyskiwania tych danych jest zróżnicowana.

Na terenie szpitali klinicznych prowadzone są badania kliniczne, jednakże wśród szpitali istnieje duża różnorodność intensywności prowadzonych badań oraz sposobu ich ustrukturyzowania w obrębie struktur szpitalnych.

Realizacja przez wszystkie szpitale kliniczne dydaktyki opiera się na zawartych z uczelniami medycznymi umowach, jednakże wysokość wynagrodzenia z tytułu prowadzenia na terenie szpitali klinicznych cechuje się bardzo dużą rozbieżnością i wydaje się nie mieć związku z wymiarem prowadzonej dydaktyki. Koszty dydaktyki, choć szacowane przez szpitale, są często przedmiotem kwestionowania przez uczelnie medyczne.

Szpitale kliniczne kształtują komunikację wewnętrzną w oparciu o dostępne sposoby komunikacji, różniąc się między sobą w tym zakresie. Jednocześnie w różnorodny sposób korzystają z dostępnych narzędzi komunikacji zewnętrznej prezentując różny stopień rozwoju organizacji w tym zakresie.

Szpitale kliniczne - pomimo braku obowiązku rejestrowania zdarzeń niepożądanych - rejestrują je i analizują dobrowolnie uznając za cenne narzędzie zarządcze. Znacząca większość szpitali klinicznych posiada akredytacje i certyfikaty jakości ISO.

17.2. Streszczenie w języku angielskim

Teaching hospitals are the health care institutions founded by medical universities. Due to their unique team of dedicated high-class specialists and combining health service with didactics and science they are crucial for the Polish health care system. Because of their complicated, unique structures clinical hospitals are interesting aim of study. Combining providing health service with science and didactics is very demanding challenge for hospital managers. It should be noted that the availability of literature on the subject on clinical hospitals is limited, the more the subject of the study seemed to be interesting from the scientific point of view.

The aim of the study was to identify and assess the aspects of management of clinical hospitals. Among specific objectives the aim of study was to: present the components influencing management of clinical hospital and present the variety of management solutions applied in clinical hospitals, show the influence of three aspects of clinical hospitals activities (as didactics, research and health care service) to the hospital management and to define and present advisory bodies supporting management decisions and their role in the process of management.

The survey was based on using questionner conducted among 34 clinical hospitals of the total number of 38 clinical hospitals in Poland. The fields of research was based on eleven fields of interest: I. External conditions influencing the management of a clinical hospital, II. Internal conditions influencing the management of a clinical hospital, III. Human resources management in a clinical hospital, IV. Tools used to manage the organization, V. Internal communication strategy, VI. External communication strategy, VII. Quality in a clinical hospital, VIII. The financial situation of the hospital, IX. Research in a clinical hospital, X. Teaching in a clinical hospital, XI. Long-term forecast.

To fulfil the picture of clinical hospitals the researcher conducted also four in-depth interviews with directors of clinical hospitals about those mentioned fields of interest.

Moreover, in order to ensure the scientific reliability of the conducted research, the results obtained from the questionnaire were statistically analyzed. The following tests were used for statistical analyzes: Fisher Reeman Halton test, Fisher, Mann Whitney, Kruskal Wallis exact test, Spearman coefficient.

Among the external factors influencing the management of clinical hospitals, the decisions of the benefit payer and the change in the method of financing services have the greatest impact on management. Among the internal factors influencing the

management of clinical hospitals, the HR policy and business profile have the greatest impact.

The management factor related to the regional policy of the authorities has the greater impact, the higher the revenues under the agreement with the National Health Fund.

Human resources management in clinical hospitals is largely determined by administrative decisions of the Ministry of Health and the National Health Fund.

The use of tools to link remuneration with management objectives is not practiced in most clinical hospitals, while many clinical hospital directors declare their willingness to implement this type of solution in the future. Managers of medical units in clinical hospitals receive management information from directors of institutions, but the form and frequency of obtaining this data varies.

Clinical trials are conducted on the premises of clinical hospitals, however, there is a wide variety of research intensity and the way in which they are structured within hospital structures among hospitals.

The provision of didactics by all clinical hospitals is based on contracts concluded with medical universities, however, the amount of remuneration for conducting clinical hospitals in clinical hospitals is very discrepant and does not seem to be related to the amount of didactics. Teaching costs, although estimated by hospitals, are often questioned by medical schools.

The autonomy in the management context declared by the directors of clinical hospitals among medical units is higher than among administrative units.

Clinical hospitals shape internal communication based on the available means of communication, differing from each other in this respect.

Clinical hospitals - despite the lack of the obligation to register adverse events - register and analyze them voluntarily, considering them a valuable management tool. The vast majority of clinical hospitals have accreditation of Quality Monitoring Center and ISO quality accreditations.

18. Spis rycin

Rycina 1. Liczba łóżek szpitalnych w Polsce ogółem w latach 2004-2020	13
Rycina 2. Wskaźnik liczby łóżek w szpitalach ogólnopolskich na liczbę mieszkańców w 2020 r.	13
Rycina 3. Podział podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....	18
Rycina 4. Zarys systemu ochrony zdrowia w Polsce.....	27
Rycina 5. Schemat zasad finansowania w ramach Podstawowego Systemu Zabezpieczenia Szpitalnego.....	46
Rycina 6. Liczba badań klinicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2010-2020..	48
Rycina 7. Główne obszary badań klinicznych zarejestrowanych w Polsce w roku 2020	49
Rycina 8. Procentowy udział faz w rejestrowanych w Polsce badaniach klinicznych w latach 2010-2020.....	50
Rycina 9. Ogólna liczba badań klinicznych realizowanych w latach 2016-2018 w badanych szpitalach klinicznych	50
Rycina 10. Przychód roczny netto z przeprowadzanych badań klinicznych w latach 2016-2018 w ankietowanych szpitalach (w zł).....	51
Rycina 11. Liczba łóżek szpitalnych w poszczególnych szpitalach klinicznych biorących udział w badaniu (według stanu na dzień 30.12.2020 r.)	64
Rycina 12. Liczba lokalizacji poszczególnych szpitali klinicznych N=34.....	65
Rycina 13. Wpływ wybranych czynników zewnętrznych na zarządzanie strategiczne szpitalem klinicznym w ocenie dyrektorów szpitali klinicznych (N=34)	66
Rycina 14. Wpływ wybranych czynników zewnętrznych na zarządzanie operacyjne szpitalem klinicznym w ocenie dyrektorów szpitali klinicznych (N=34)	68
Rycina 15. Wpływ wybranych czynników otoczenia wewnętrznego na zarządzanie szpitalem klinicznym w ocenie dyrektorów szpitali klinicznych (N=34)	71
Rycina 16. Ocena dyrektorów szpitali klinicznych dotycząca wpływu rady społecznej na strategię zarządzania szpitalem (N=34).....	73
Rycina 17. Wpływ poszczególnych elementów na proces zarządzania kadrami w szpitalu klinicznym w ocenie dyrektorów szpitali klinicznych (N=34).....	75
Rycina 18. Występowanie pracy zdalnej w szpitalach klinicznych (N=34).....	76
Rycina 19. Wpływ pandemii COVID-19 na częstość wykorzystywania pracy zdalnej w szpitalach klinicznych (N=29)	77

Rycina 20. Obszary działalności szpitali klinicznych, w których praktykowana jest praca zdalna (N=31)	78
Rycina 21. Obszary działalności administracyjnej szpitali klinicznych, w których praktykowana jest praca zdalna	79
Rycina 22. Ocena efektywności pracy zdalnej w obszarze medycznym (N=27) i obszarze administracyjnym (N=29) w opinii dyrektorów szpitali klinicznych	80
Rycina 23. Współodpowiedzialność kierowników komórek organizacyjnych za wynik finansowy szpitala w opinii dyrektorów szpitali (N=34).....	80
Rycina 24. Częstotliwość omawiania wykonania budżetu przez jednostki medyczne w poszczególnych szpitalach klinicznych (N=27)	82
Rycina 25. Występowanie stanowiska menadżera zarządzającego budżetem w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitali klinicznych (poza osobą kierownika komórki) (N=33).....	83
Rycina 26. Występowanie w szpitalach klinicznych modelu powiązania wyniku finansowego oddziału/komórki z wynagrodzeniem kierownika jednostki (N=34).....	84
Rycina 27. Odsetek szpitali wykorzystujących elektroniczne narzędzia do zarządzania portfelem realizowanych projektów (N=34).....	85
Rycina 28. Kanały komunikacji wykorzystywane w szpitalach klinicznych (N=34)	86
Rycina 29. Odsetek szpitali wydających gazetę/czasopismo szpitalne w szpitalu klinicznym (N=33).....	87
Rycina 30. Odsetek szpitali klinicznych przesyłających newsletter do swoich pracowników (N=33).....	87
Rycina 31. Poziom rozwoju komunikacji wewnętrznej w szpitalach klinicznych w opinii dyrektorów szpitali (N=34).....	89
Rycina 32. Ocena wpływu poszczególnych czynników mogących mieć wpływ na komunikację wewnętrzną w szpitalach klinicznych (N=34)	90
Rycina 33. Funkcjonowanie Rzecznika Prasowego w szpitalach klinicznych (N=34) ..	91
Rycina 34. Stosowanie konferencji prasowych w szpitalach klinicznych (N=34).....	92
Rycina 35. Sposób udokumentowania polityki informacyjnej w szpitalach klinicznych (N=31).....	93
Rycina 36. Odsetek szpitali klinicznych posiadających certyfikaty ISO (N=34).....	94
Rycina 37. Odsetek szpitali klinicznych posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (N=34).....	95

Rycina 38. Procent spełnienia kryteriów akredytacyjnych w szpitalach klinicznych (N=24).....	95
Rycina 39. Odsetek szpitali klinicznych rejestrujących zdarzenia niepożądane (N=34).....	96
Rycina 40. Sposób zgłaszania zdarzeń niepożądanych w szpitalach klinicznych (N=34)	96
Rycina 41. Sposób omawiania zdarzeń niepożądanych w szpitalach klinicznych (N=34)	97
Rycina 42. Posiadanie przez szpital dedykowanego systemu informatycznego (N=34).....	97
Rycina 43. Prowadzenie corocznego przeglądu zarządzania w szpitalach klinicznych (N=34).....	98
Rycina 44. Skład osobowy przeglądów zarządzania (N=27)	99
Rycina 45. Zespoły tematyczne funkcjonujące w szpitalach klinicznych (N=34)	100
Rycina 46. Wpływ posiadanej akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia na oszczędności finansowe szpitala (N=31).....	101
Rycina 47. Przychody netto ze sprzedaży szpitali klinicznych w 2020 r. zestawione z przychodami z Narodowego Funduszu Zdrowia w 2020 r.	102
Rycina 48 Zysk/strata netto szpitali klinicznych w 2020 r.	103
Rycina 49. Obecność działu badań klinicznych w szpitalach klinicznych(N=33)	104
Rycina 50. Rodzaje badań klinicznych w szpitalach klinicznych w podziale ze względu na źródło finansowania (N=32)	105
Rycina 51. Liczba badań prowadzonych w 2020 r. w szpitalach klinicznych w podziale na fazy (N=30).....	106
Rycina 52. Przedziały czasowe, na które zawarte są umowy na prowadzenie dydaktyki w szpitalach klinicznych (N=34)	107
Rycina 53. Poszczególne zakresy na jakie zawarta jest umowa na realizację dydaktyki z uczelnią medyczną (N=34)	107
Rycina 54. Częstotliwość z jaką uczelnie rozliczają się z opłaty za dydaktykę ze szpitalem klinicznym (N=34).....	108
Rycina 55. Wysokość otrzymanych przez szpitale kliniczne środków od uczelni medycznych w ramach zawartej umowy na prowadzenie dydaktyki w 2020 r. (N=27)	109
Rycina 56. Rodzaje kosztów brane pod uwagę w trakcie szacowania kosztów dydaktyki przez szpitale kliniczne (N=29)	110

Rycina 57. Wpływ poszczególnych aspektów na sposób zarządzania szpitalami klinicznymi w ocenie dyrektorów szpitali klinicznych (N=34).....	112
--	-----

19. Spis tabel

Tabela 1. Spis szpitali klinicznych wraz z podmiotami tworzącymi oraz liczbą łóżek (stan na dzień 31.12.2019 r.)	20
Tabela 2. Liczba personelu zatrudnionego w poszczególnych szpitalach klinicznych w II kwartale 2019 r.	30
Tabela 3. Przykładowe narzędzia komunikacji wewnętrznej	38
Tabela 4. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-h) na pytanie nr 1	67
Tabela 5. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-h) na pytanie nr 2	69
Tabela 6. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-g) na pytanie nr 3	71
Tabela 7. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-h) na pytanie nr 7	75
Tabela 8. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-e) na pytanie nr 35 ..	90
Tabela 9. Częstość wyboru poszczególnych opcji odpowiedzi (a-e) na pytanie nr 75	112
Tabela 10. Wpływ poszczególnych zmiennych na zarządzanie w perspektywie 5 lat a wykształcenie dyrektora	127
Tabela 11. Zależność pomiędzy przychodami szpitala klinicznego z NFZ a opinią dyrektora szpitala klinicznego na temat czynników wpływających na zarządzanie strategiczne	127
Tabela 12. Zależność pomiędzy przychodami szpitala klinicznego z NFZ a opinią dyrektora szpitala klinicznego na temat czynników wpływających na zarządzanie operacyjne.....	128

20. Bibliografia

20.1. Wykaz pozycji zwartych

1. Bauer M., Gaskell G., (red.) *Qualitative Researching with Text, Image and Sound*, London 2000.
2. Bednarczyk M., *Organizacje publiczne. Zarządzanie konkurencyjnością*, Warszawa-Kraków 2001.
3. Dąbrowska E., *Optymalizacja poziomu jakości świadczeń zdrowotnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej na przykładzie Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2012.
4. Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. III, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
5. Dobska M., Dobski P., *System zarządzania jakością w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
6. Dobska M., Rogoziński K., *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
7. Drucker P., *Managing into the Next Society*, New York 2002.
8. Dziadkowiec J., *Wybrane aspekty zarządzania jakością usług*, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków 2015.
9. Godziszewski B., *Zasobowe uwarunkowania strategii przedsiębiorstwa*, UMK, Toruń 2001.
10. Golnau W., Kalinowski M., Litwin J.(red.), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, wyd. III, Wyd. CeDeWu, Warszawa, 2007.
11. Grębosz M., Mikulska A., *Narzędzia komunikacji wewnętrznej w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Zeszyty Naukowe Politechniki Łódzkiej nr 1154, Organizacja i Zarządzanie z.55, 2013.
12. Hass-Symotiuk M. (red.), *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
13. Holly R., Suchecka J. *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*. Agencja Wydawnicza SOWA, Łódź-Warszawa 2009.

14. Jarosiński M., Winch S., *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2014.
15. Johnson J.M., In-depth Interviewing, [w:] *Handbook of Interview Research: Context & Method*, red. J.F. Gubrium, J.A. Holstein, Thousand Oaks 2002.
16. Jończyk J., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Difin, Warszawa 2008.
17. Juchnowicz M. (red.), *Zarządzanie kapitałem ludzkim. Procesy-narzędzia-aplikacje*, PWE, Warszawa 2014.
18. Karkowska D., T.A. Karkowski T.A., *Zatrudnienie w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2018.
19. Kolter P., Shalowitz J., Stevens R. J., *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
20. Konecki K., *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. PWN, Warszawa 2000.
21. Koźmiński A.K., W. Piotrowski, *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa, 2002.
22. Krakowiak J., *Zarządzanie w zdrowiu publicznym –aspekty społeczne i ekonomiczne*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź - Warszawa 2016.
23. Kuratko D.F., Hodgetts R.M., *Entrepreneurship. A Contemporary Aproach*. Harcourt, Orlando 2001.
24. Lewandowski R., *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, Katedra Organizacji I Zarządzania, Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko Mazurskiego, 2008.
25. Maison D., A. Noga-Bogomilski (red.), *Badania marketingowe. Od teorii do praktyki*, Gdańsk 2007.
26. Miński R., *Wywiad pogłębiony jako technika badawcza. Możliwości wykorzystania IDI w badaniach ewaluacyjnych*, [w:] *Przegląd Socjologii Jakościowej*, Tom XIII, Numer 3, 2017.
27. Mruk H., *Przywództwo w zakładach opieki zdrowotnej*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.

28. Nicpoń M., Marzęcki R. Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie, [w:] *Przeszłość – Teraźniejszość – Przyszłość. Problemy badawcze młodych politologów* Kraków 2010.
29. Oleksyn T., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji, kanony, realia, kontrowersje*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Kraków 2008.
30. Pawłowski L., *Wybrane aspekty wykonywania działalności leczniczej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku —wyjaśnienie podstawowych pojęć* [w:] Forum Medycyny Rodzinnej 2011, tom 5, nr 6.
31. Raczynska E., *Problematyka jakości w ochronie zdrowia – wyzwanie dla zarządzania*, ZN WSH Zarządzanie 2020 (2).
32. Rój J., *Efektywność usługowa jako kryterium wyboru mechanizmu finansowania szpitali*, [w:] „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 4, 2003.
33. Sikora-Alicka J. E., *Efektywność działalności polskich szpitali klinicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2021.
34. Swacha A., Kuleta K. (red.), *Encyklopedia zarządzania*.
35. Urbaniak M., *Zarządzanie szpitalem klinicznym*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2020
36. Walshe K., Smith J., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej – doskonalenie jakości opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
37. Wu SH, Lee J., *A comparison Study of Nursing Care Quality in Different Working Status Nursing Staffs: an example of one Local Hospital*, J. Nurs Res 2006.
38. Zajkowska M., *Komunikacja wewnętrzna jako element systemu zintegrowanej komunikacji marketingowej*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego „Ekonomiczne Problemy Usług” nr 559/42, 2009.

20.2. Wykaz pozycji artykułowych

1. Banach M., *Wyjść na prostą*. Rozmawiał B. Leśniewski, „Menedżer Zdrowia”, nr 3/2014.
2. Biardzki M., *Grzech pierwotny polityki kadrowej w opiece zdrowotnej*, „Menedżer Zdrowia” nr 5-6/2019.
3. Cofta S., *Rozsypany system płac*, „Biuletyn Wielkopolskie Izby Lekarskiej” 10/2021.
4. Cofta S., Michalak A., *COVID-19 z perspektywy szpitala klinicznego*, „Menedżer Zdrowia” nr 7-8/2020.

5. Cofta S., Michalak A., *Szpitala kliniczne także wymagają pomocy*, „Menedżer Zdrowia” nr 5-6/2019.
6. Czerw A., Religioni U., Matuszna A., Lesiak K., A. Olejnik A., Śniadała D., *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*, „Hygeia Public Health” 2012, 47(3).
7. Dubas-Jakóbczyk K., Kocot E., Koziołek A., *Financial Performance of Public Hospitals: A Cross-Sectional Study among Polish Providers*, “International Journal of Environmental Research and Public Health”, 2020, 17.
8. Hutchinson S., Purcell J., *Managing Ward Managers for Roles in HRM in the NHS: Overworked and Under - resourced*. “Human Resource Management Journal”, 20(4)/2010.
9. Kautsch M., *Rady społeczne i nadzorcze w opinii dyrektorów szpitali*, „Zarządzanie Publiczne” Nr 2(32)/2015.
10. Krzeszowski W., *Mierniki oceny zarządu – analiza krytyczna. Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza. Teoria i praktyka*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Nr 444, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 2016.
11. Kubot Z. *Samozatrudnienie nauczycieli akademickich uczelni medycznej w szpitalu klinicznym*,
https://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/42756/21_Zdzislaw_Kubot.pdf dostęp: 20.02.2021 r.
12. Ligarski M., *Budowa systemów zarządzania jakością według norm ISO serii 9000 w ochronie zdrowia*, „Przegląd Organizacji” 2005, nr 7-8.
13. Magdziarz P., *Kontrola dyrektora*, „Menedżer zdrowia” nr 11-12/2021.
14. Moczydłowska J. M., *Nowe trendy na rynku pracy — praca w systemie home office w percepcji polskich menedżerów*, „Marketing i Rynek”, t. XXVIII, nr 4/2021.
15. Sidor-Rządkowska M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansami Zeszyt Naukowy” nr 167/2018, Oficyna Wydawnicza SGH.
16. Smoląg K., Ślusarczyk B., *Komunikacja wewnętrzna – innowacyjny aspekt współczesnego zarządzania organizacją*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytet Szczeciński” nr 52/2 2018.

17. Staszewski R., Kautsch M., Woderska E., *Funkcjonowanie i znaczenie rad społecznych w zarządzaniu publicznymi szpitalami*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” t. XIII, nr 5, 2012.
18. Striker M., *Zmiany w postrzeganiu ról zawodowych menedżerów medycznych w publicznym szpitalu*, „Edukacja ekonomistów i menedżerów” 2(40), 2016.
19. Sumowski S., *Controlling działalności dydaktycznej oraz naukowo-badawczej jako instrument racjonalizacji gospodarki finansowej szpitali klinicznych*, „Zarządzanie i Finanse” 2013; 2-3.
20. Szybowski U., *Jaki jest dyrektor polskiego szpitala?*, „Menedżer zdrowia”, nr 5-6 2019.
21. *Szpitala łączcie się*, „Menedżer Zdrowia”, nr 1/2 2020.
22. Urbaniak M. *The legal basis for the functioning of teaching hospitals in Poland: selected issues*, “J. Med. Sci” Vol. 86, nr 2, 2017.

20.3. Wykaz materiałów źródłowych

1. Podstawowe dane o szpitalach na podstawie spr. MZ-29 za 2020 r., Główny Urząd Statystyczny.
2. Sprawozdania MZ BFZ szpitali klinicznych za II kwartał 2019 r.
3. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 stycznia 2008 r., sygn. akt I Aca 354/07.
4. Dwornikowska- Dąbrowska M., *Czy badania kliniczne są opłacalne*, XVIII Forum Szpitali, Poznań, 17-18 października 2019.
5. Raport *Badania Kliniczne w Polsce*, pwc, grudzień 2015.
6. Raport NIK *Akredytacja podmiotów leczniczych*, Warszawa 2020.
7. Raport NIK *Funkcjonowanie szpitali klinicznych*, Warszawa 2015.
8. Raport NIK *System ochrony zdrowia w Polsce- stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Warszawa 2019.
9. Program Akredytacji Szpitali. Zestaw standardów akredytacyjnych, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2009- wydanie wznowione 2016.
10. Raport z badania ankietowego Polskiej Unii Szpitali Klinicznych: *Zasady współpracy pomiędzy szpitalem a podmiotem tworzącym (UM) w zakresie dydaktyki i nauki (dane zbierane w okresie grudzień 2019 -styczeń 2020)*.

11. *Efektywność zaczyna się od komunikacji wewnętrznej*. Raport dla menedżerów na podstawie badania pracowników (2017) [w: <https://emplo.pl/> (dostęp: 20.03.2022)].
12. Projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa z dnia 29 grudnia 2021 r.

20.4. Wykaz aktów prawnych

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483, z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633).
3. Ustawa z 27 kwietnia 2008 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 10 grudnia 1998 r. o zmianie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 162, poz. 1115, z dniem 30 grudnia 1998 r.).
5. Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. 1948 Nr 55 poz. 434).
6. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 2007 Nr 14 poz. 89 t.j.).
7. Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162).
8. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2021 poz. 478).
9. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2016, poz. 2135 t.j.).
10. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 nr 76 poz. 641).
11. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r., poz. 974, 981).
12. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320).

13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2011 nr 151 poz. 896).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 16 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2021 poz. 2359).
15. Rozporządzenie z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeń do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 1163).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 1783).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz.U. 2017 poz.1225).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie. (Dz.U. 2009 nr 150 poz. 1216).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie. (Dz.U. 2019 poz. 2068).
20. Nowelizacja ustawy z 27 kwietnia 2008 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.).
21. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Rady Akredytacyjnej (Dz.U. 2021 poz. 391).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot

- udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie. (Dz.U. 2019 poz. 2068).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2018 poz. 1383).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Poz. 1783).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2011 nr 151 poz. 896).
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 16 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2021 poz. 2359).
27. Statut Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Załącznik do uchwały nr 347/2020 Senatu UMP z dnia 2 grudnia 2020 r.

20.5. Wykaz stron internetowych

1. www.siecszpitali.mz.gov.pl
2. <https://bip.ump.edu.pl/artykuly/2096/statut-uczelni>
3. <https://www.termedia.pl/mz/Duzo-lozek-szpitalnych-za-duzo,33181.html>
4. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,9304,vp,11527.pdf>
5. [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/\\$file/3489.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/$file/3489.pdf)
6. https://mfiles.pl/pl/index.php/Public_relations
7. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/jakosc-w-opiece-zdrowotnej>
8. https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
9. <https://www.cmj.org.pl/akredytacja/certyfikaty.php?typ=szpital>
10. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ustawa-o-jakosci-w-ochronie-zdrowia-trafi-do-konsultacji-publicznych>

11. <http://piotrgryza.pl/wielki-projekt-siec-szpitali/zasady-finasowania-szpitali-dzialajacych-w-ramach-sieci-szpitali/>
12. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/siec-szpitali1>
13. <https://www.termedia.pl/mz/Cuda-wzory-i-siec-szpitali,25748.html>, Cuda, wzory i sieć szpitali Rafał Janiszewski, Menedżer Zdrowia, dostęp 13.04.2020 r.
14. <https://www.uniaszpitali.pl/aktualnosci/apel-pusk-dotyczacy-dramatycznej-sytuacji-finansowej-szpitali-klinicznych>
15. <https://pacjentwbadaniach.abm.gov.pl/pwb/statystyki-i-normy-praw/statystyki/132,Statystyki.html#>
16. www.emplo.pl
17. <https://www.prawo.pl/zdrowie/ustawa-o-najnizszym-wynagrodzeniu-pracownikow-wykonujacych,300020.html>

21. Spis załączników

Załącznik 1 Kwestionariusz ankiety

Załącznik 2 Scenariusz wywiadu pogłębianego

Załącznik 3 Wywiad pogłębiany nr 1 – mgr Stanisław Szczepaniak

Załącznik 4 Wywiad pogłębiany nr 2 – dr n. med. Paweł Daszkiewicz

Załącznik 5 Wywiad pogłębiany nr 3 – dr n. med. Przemysław Daroszewski

Załącznik 6 Wywiad pogłębiany nr 4 – dr hab. med. Szczepan Cofta

21.1. Załącznik nr 1

Kwestionariusz ankiety skierowany do kadry zarządzającej szpitali klinicznych

Szanowni Państwo,

z uwagi na wieloletnią współpracę w ramach Polskiej Unii Szpitali Klinicznych pozwalam sobie zwrócić się do Państwa z prośbą o wypełnienie niniejszej ankiety. Została ona sformułowana na potrzeby prowadzonych przeze mnie badań w ramach wszczętego przewodu doktorskiego pt. „*Wybrane aspekty zarządzania szpitalami klinicznymi w Polsce*”, który prowadzę w ramach Wydziału Lekarskiego II Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pod kierownictwem Pana dr hab. med. Szczepana Cofty.

Celem ankiety jest zgłębienie tematyki zarządzania podmiotami leczniczymi w kontekście specyfiki szpitali klinicznych. Z uwagi na to, iż czas, podczas którego prowadzę badania jest czasem pandemii postanowiłam uzupełnić kwestionariusz ankiety o pytania związane z wpływem obecnej sytuacji na zarządzanie.

Zadaniem ankiety jest zbadanie jedenastu obszarów działalności Szpitala:

- I. Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym,**
- II. Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym,**
- III. Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym,**
- IV. Narzędzia wykorzystywane do zarządzania organizacją,**
- V. Strategia komunikacji wewnętrznej,**
- VI. Strategia komunikacji zewnętrznej,**
- VII. Jakość w szpitalu klinicznym,**
- VIII. Sytuacja finansowa szpitala,**
- IX. Nauka w szpitalu klinicznym,**
- X. Dydaktyka w szpitalu klinicznym,**
- XI. Prognoza długoterminowa.**

Zebrane w wyniku badania ankietowego dane będą prezentowane w pracy w sposób zagregowany, uniemożliwiający tym samym identyfikację konkretnej placówki medycznej.

Wszystkie szpitale, które wypełnią ankietę otrzymają podsumowanie wyników ankiet.

W przypadku pytań, bądź wątpliwości uprzejmie proszę o kontakt: tel. 509 612 957, agata.michalskamichalak@gmail.com.

Z wyrazami szacunku

Agata Michalak

Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu,

Kierownik Biura Zarządu Polskiej Unii Szpitali Klinicznych

Informacje nt. podmiotu leczniczego:

Nazwa szpitala (tylko do wiadomości ankietującej)

.....

Rodzaj szpitala:

☐ Monospecjalistyczny

☐ Wielospecjalistyczny

Liczba zarejestrowanych łóżek w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

(stan na dzień 31.12.2020 r.):

Liczba lokalizacji Szpitala:

Łączna liczba pracowników na dzień 31.12.2020 r. (bez względu na formę zatrudnienia):

.....

w tym:

a) liczba pracowników

medycznych:

b) liczba pracowników administracji

Szpitala:

Łączna liczba etatów na dzień 31.12.2020 r.

.....

w tym:

a) liczna etatów personelu

medycznego

b) liczna etatów personelu administracji

I. WPLYW UWARUNKOWAŃ ZEWNĘTRZNYCH NA ZARZĄDZANIE SZPITAŁEM KLINICZNYM

1. Na **zarządzanie strategiczne** szpitalem klinicznym, według Pani/Pana mają wpływ następujące czynniki zewnętrzne (ocień w skali od 1 do 4, gdzie: 0-brak wpływu, 4 – bardzo duży wpływ)

SKALA 0-4	Brak wpływu	Niewielki wpływ	Trudno powiedzieć	Duży wpływ	Bardzo duży wpływ
a) Zmieniające się otoczenie prawne, w którym funkcjonuje szpital	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b) Decyzje płatnika świadczeń	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
c) Niekorzystne zmiany na rynku pracy	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
d) Zmiana sposobu finansowania świadczeń	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
e) Polityka organu tworzącego szpital	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
f) Regionalna polityka władz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
g) Zewnętrzni dostawcy (firmy farmaceutyczne, producenci wyrobów medycznych)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
h) Ingerencje na szczeblu krajowym w funkcjonowaniu szpitali	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
i) Inne(proszę wskazać) 	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

2. Na **zarządzanie operacyjne** szpitalem klinicznym, według Pani/Pana mają wpływ następujące czynniki zewnętrzne (w skali od 0 do 4, gdzie: 0-brak wpływu, 4-bardzo duży wpływ)

SKALA 0-4	Brak wpływu	Niewielki wpływ	Trudno powiedzieć	Duży wpływ	Bardzo duży wpływ
a) Zmieniające się otoczenie prawne, w którym funkcjonuje szpital	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b) Decyzje płatnika świadczeń	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
c) Niekorzystne zmiany na rynku pracy	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
d) Zmiana sposobu finansowania świadczeń	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
e) Polityka organu tworzącego szpital	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

f) Regionalna polityka władz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
g) Zewnętrzni dostawcy (firmy farmaceutyczne, producenci wyrobów medycznych)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
h) Ingerencje na szczeblu krajowym w funkcjonowaniu szpitali	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
i) Inne (proszę wskazać)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Uwagi/Komentarze.....

II. WPŁYW UWARUNKOWAŃ WEWNĘTRZNYCH ZARZĄDZANIA SZPITAŁEM KLINICZNYM

3. Proszę ocenić jaki wpływ mają poszczególne elementy otoczenia wewnętrznego na zarządzanie w szpitalu klinicznym (w skali od 0 do 4, gdzie: 0-brak wpływ, 4- bardzo duży wpływ):

SKALA 0-4	Brak wpływu	Niewielki wpływ	Trudno powiedzieć	Duży wpływ	Bardzo duży wpływ
a) Polityka kadrowa	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b) Rada Społeczna Szpitala	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
c) Kliniczny charakter szpitala (prowadzona w nim dydaktyka)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
d) Dualizm zatrudnienia pracowników (szpital i uczelnia)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
e) Referencyjny charakter placówki	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
f) Wpływ wewnętrznych grup doradczych	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
g) Profil prowadzonej działalności	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

h) Inne (proszę wskazać)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
-----------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Uwagi/Komentarze.....

4. Jak Pan/Pani ocenia wpływ Rady Społecznej na strategię zarządzania szpitalem w skali od 0 do 4 gdzie, 0- opinia członków Rady Społecznej nie ma wpływu na podejmowane decyzje, 4- opinie Rady Społecznej mają duży wpływ na podejmowane przez Zarząd Szpitala decyzje

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

5. Jak ocenia Pani/Panu autonomię poszczególnych **medycznych** komórek organizacyjnych szpitala (oddziały, poradnie, pracownie) w kontekście zarządczym

(w skali od 0 do 4, gdzie: 0-brak autonomii, 4- pełna autonomia)

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

6. Jak ocenia Pani/Panu autonomię poszczególnych **administracyjnych** komórek organizacyjnych szpitala w kontekście zarządczym

(w skali od 0 do 4, gdzie: 0- brak autonomii, 4- pełna autonomia)

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

III. ZARZĄDZANIE KADRAMI W SZPITALU KLINICZNYM

7. W jakim stopniu poszczególne elementy według Pani/Pana wpływają na proces zarządzania kadrami w szpitalu klinicznym w grupie **KADRY MEDYCZNEJ** (w skali od 0 do 4, gdzie: 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ):

SKALA 1-5	Brak wpływu	Niewielki wpływ	Trudno powiedzieć	Duży wpływ	Bardzo duży wpływ
a) Fluktuacja kadr między szpitalami	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b) Niedobór personelu medycznego	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
c) Dualizm zatrudnienia (uczelnia, szpital)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
d) Regulacje zewnętrzne	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

e) Kliniczny charakter szpitala (dydaktyka i nauka prowadzona w szpitalu)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
f) Wysokość wynagrodzenia uwarunkowana decyzjami zewnętrznymi (MZ,NFZ)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
g) Wpływ związków zawodowych	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
h) Wpływ samorządów zawodowych	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
i) Inne (proszę wskazać)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Uwagi/Komentarze.....

8. Czy w Państwa szpitalu praktykowana jest praca zdalna?

a) tak

b) nie

9. Jeśli tak, proszę wskazać czy podczas pandemii COVID-19 czy ten rodzaj pracy jest częściej świadczony przez pracowników niż przed pandemią?

a) tak, zdecydowanie częściej

b) tak, częściej

c) nie, liczba osób świadczących pracę zdalną nie uległa zmianie w stosunku do okresu przed pandemią

10. W jakich obszarach występowała praca zdalna występuje w szpitalu:

a) w obszarze medycznym

b) w obszarze administracji

c) w obszarze medycznym i administracji

11. W jakich obszarach medycznych świadczona była praca zdalna (proszę wskazać):

.....

12. Czy Pani/Pana zdaniem praca zdalna w **obszarze medycznym** jest efektywna z punktu widzenia kadry zarządzającej Szpitala. Oceń w skali od 0 do 4, gdzie 0-brak efektywności, 4- bardzo duża efektywność:

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

13. Czy Pani/Pana zdaniem praca zdalna w **obszarze administracyjnym** jest efektywna z punktu widzenia kadry zarządzającej Szpitala. Oceń w skali od 0 do 4, gdzie 0- brak efektywności, 4- bardzo duża efektywność:

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

14. W których obszarach administracji stosowana jest praca zdalna (możliwy wybór więcej niż jednej odpowiedzi):

- a) obszar personalny (działy kadr, płac)
- b) obszar księgowości
- c) obszar informatyki
- d) obszar zarządzania jakością
- e) obszar organizacji świadczeń
- f) obszar zamówień publicznych
- g) obszar badań klinicznych
- h) obszar marketingu
- i) inny (proszę wskazać jaki).....

15. Czy obecnie praca zdalna jest nadal kontynuowana w takim zakresie jak w szczycie pandemii
COVID-19:

- a) tak, w takim samym zakresie
- b) tak, ale w mniejszym zakresie
- c) nie, praca zdalna już nie jest praktykowana

Uwagi/Komentarze.....

IV. NARZĘDZIA WYKORZYSTYWANE DO ZARZĄDZANIA ORGANIZACJĄ

16. Czy według Pani/Pana kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych kierowanego przez Panią/Pana Szpitala odczuwają współodpowiedzialność za wynik finansowy Szpitala:

- a) tak w dużym stopniu
- b) tak w stopniu umiarkowanym
- c) nie mam zdania
- d) w niewielkim stopniu
- e)nie odczuwają współodpowiedzialności

17. Czy poszczególne jednostki medyczne (oddziały, poradnie, pracownie) posiadają swój wyodrębniony budżet, a kierownicy mogą nim dysponować:

- a) tak, wszystkie jednostki medyczne posiadają swój wyodrębniony budżet, istnieje pełna autonomia w dysponowaniu budżetem przez kierownika tej jednostki

- b) tak, istnieje częściowa autonomia w dysponowaniu budżetem jednostki medycznej przez kierownika
- c) kierownicy jednostek medycznych w niewielkim stopniu posiadają autonomię w dysponowaniu budżetem
- d) nie, jednostki medyczne nie posiadają swoich wyodrębnionych budżetów

18. Czy wykonanie budżetu danej jednostki medycznej jest cyklicznie omawiane z kierownikami:

- a) tak, jest omawiany cyklicznie w każdym kierownikiem, który dysponuje określonym wyodrębnionym budżetem
- b) tak jest omawiany z wybranymi kierownikami
- c) nie, jego realizacja nie jest omawiana
- d) inna

odpowieź.....

19. W przypadku odpowiedzi tak na pytanie 18 proszę o informację jak często jest omawiane wykonanie budżetu:

- a) raz w tygodniu
- b) raz w miesiącu
- c) raz na kwartał
- d) raz w roku
- e) inne (proszę wskazać).....

20. W jaki sposób przekazywane są informacje do kierujących komórkami medycznymi szpitala nt. ich działalności finansowej:

- a. Raporty online w czasie rzeczywistym z dostępem dla każdego kierownika jednostki medycznej
- b. Raporty tygodniowe z działalności oddziałów i poradni przekazywany przez Dyрекcję
- c. Raporty miesięczne z działalności oddziałów i poradni przekazywany przez Dyрекcję
- d. Raporty kwartalne z działalności oddziałów i poradni przekazywany przez Dyрекcję
- e. Raporty nie są przekazywane kierującym komórkami medycznymi Szpitala.

21. Czy oprócz kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych wyznaczona jest dodatkowa osoba, która zarządza budżetem (typu manager):

- a) tak, w każdej jednostce medycznej
- b) tak, w niektórych jednostkach medycznych
- c) nie, osoby takie nie są wyznaczone

22. Czy wynik finansowy danego oddziału/komórki powiązany jest z wynagrodzeniem kierownika jednostki:

- a) tak
- b) nie
- c) na razie nie, ale w przyszłości chcemy wdrożyć taki model

23. Jeśli na pyt. 22 odpowiedziano tak proszę wskazać mechanizm powiązania wynagrodzenia z wynikiem finansowym komórki:

.....
.....

24. Czy w Szpitalu wykorzystywane są elektroniczne narzędzia do zarządzania portfelem realizowanych projektów:

- a) tak
- b) nie

25. Jeśli na pyt. 24 odpowiedziano tak proszę wskazać nazwę wykorzystywanego narzędzia:

.....

Uwagi/Komentarze.....

V. STRATEGIA KOMUNIKACJI WEWNĘTRZNEJ

26. W jaki sposób Zarząd Szpitala komunikuje się z pracownikami (można zaznaczyć kilka odpowiedzi):

- a) za pomocą wewnętrznego Intranetu
- b) za pomocą pism okólnych
- c) drogą elektroniczną za pośrednictwem maili
- d) drogą elektroniczną za pośrednictwem newslettera
- d) w inny sposób, proszę wskazać jaki.....

27. Czy szpital wydaje swoją gazetę:

- a) tak
- b) nie

28. Jeśli tak, czy wydawana jest ona w wersji:

- a) tylko papierowej
- b) tylko elektronicznej
- c) papierowej i elektronicznej

29. Czy Szpital przysyła newsletter dla pracowników:

- a) tak

b) nie

30. Czy w szpitalu odbywają się cykliczne spotkania dla kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych (w trybie tradycyjnym przed pandemią oraz w trybie online obecnie):

- a) tak, wspólne dla kierowników administracji i kierowników komórek medycznych
- b) tak, osobno dla kierowników administracji i kierowników komórek medycznych
- c) nie, takie spotkania się nie odbywają

31. Czy szpital posiada dedykowane narzędzie, dzięki któremu pracownicy mogą odbywać spotkania online:

a) tak

b) nie.

32. Jeśli, na pyt. 31 odpowiedział/a Pan/Pani tak proszę wskazać nazwę narzędzia:

.....

33. Czy spotkania odbywające się w formie tradycyjnej (narady itp.) obecnie w trakcie pandemii odbywają się w formie zdalnej:

- a) tak, większość spotkań prowadzona jest w formie zdalnej
- b) nie, spotkania odbywają się w mniejszych grupach jednak w formie tradycyjnej
- c) spotkania odbywają się zarówno w formie zdalnej, jak i tradycyjnej
- d) nie, obecnie spotkania nie odbywają się

34. Jak Pan/Pani ocenia poziom rozwoju komunikacji wewnętrznej prowadzonej w Pani/Pana Szpitalu (w skali od 1 do 5, gdzie: 1- niski, dopiero rozpoczynamy wykorzystywanie narzędzi komunikacji wewnętrznej, 5- bardzo wysoki poziom, wykorzystujemy wiele dostępnych narzędzi komunikacji wewnętrznej)

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

35. Co według Pani/Pana przyczynia się do poprawy funkcjonowania komunikacji wewnętrznej:

Oceń w skali od 0 do 4 wpływ poszczególnych czynników na prawidłową komunikację wewnętrzną

w Szpitalu, gdzie 0 – brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ

SKALA 0-4	Brak wpływu	Niewielki wpływ	Trudno powiedzieć	Duży wpływ	Bardzo duży wpływ
a) Nastawienie kadry najwyższego szczebla do sposobu komunikacji	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

b) Jasność komunikatów	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
c) Częstotliwość wysyłanych komunikatów	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
d) Zaangażowanie pracowników w proces komunikacji	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
e) Wykorzystywanie różnych kanałów komunikacji	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
f) Inne (proszę wskazać)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Uwagi/Komentarze.....

VI. STRATEGIA KOMUNIKACJI ZEWNĘTRZNEJ

36. Czy w zarządzanym przez Panią/Pana szpitalu powołany został Rzecznik Prasowy?

- a) tak, jest to wyodrębnione stanowisko w strukturze organizacyjnej
- b) tak, jest to dodatkowe zadanie osoby zatrudnionej na innym stanowisku
- c) nie, Rzecznik nie został powołany

37. Czy stosowaliście Państwo jako powszechną praktykę zwoływanie konferencji prasowych (przed okresem pandemii):

- a) tak, konferencje prasowe zwoływane są przy każdym ważnym wydarzeniu dla Szpitala
- b) tak, ale zdarzało się to sporadycznie (np. 1 raz do roku)
- c) nie, nie zwołujemy konferencji prasowych

38. Czy placówka posiada opracowany dokument polityki informacyjnej szpitala:

- a) tak, szpital posiada politykę informacyjną w formie dokumentu
- b) polityka informacyjna znajduje się w kilku dokumentach w wersji rozproszonej, nie zaś spójnego dokumentu
- c) polityka informacyjna, bądź jej elementy nie są uregulowane w żadnym wewnętrznym dokumencie.

Uwagi/Komentarze.....

VII. JAKOŚĆ W SZPITALU KLINICZNYM

39. Czy szpital posiada ISO

- a) tak
- b) nie

40. Jeśli tak, bardzo proszę o wskazanie posiadanych norm/normy

.....
.....
41. Czy szpital posiada akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

a) tak

b) nie

42. Jeśli na pyt. 41 udzielono odp. tak, proszę wskazać w jakim % szpital spełnił kryteria akredytacji:

a) 75-80%

b) 81-90%

c) 91-99 %

d) 100 %

43. Czy według Pani/Pana akredytacja wpłynęła na poprawę procesów klinicznych (gdzie 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ):

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

44. Czy w szpitalu rejestruje się zdarzenia niepożądane:

a) tak

b) nie

45. Jeśli zdarzenia niepożądane są rejestrowane czy są one zgłaszane anonimowo:

a) tak, w pełni anonimowo

b) częściowo anonimowo

c) nie, dane osoby zgłaszającej są znane

46. W jaki sposób omawiane są zdarzenia niepożądane:

a) są omawiane na poziomie komórki ds. jakości

b) omawiane są w specjalnie do tego celu utworzonego zespołu

c) inne, jakie.....

47. Czy przedstawiciele dyrekcji szpitala uczestniczą w omawianiu zdarzeń niepożądanych:

a) tak zawsze

b) tak, czasem

c) nie, nigdy, dyrekcja szpitala otrzymuje informację jedynie o liczbie zgłoszonych zdarzeń niepożądanych

d) inne.....

48. Czy do raportowania zdarzeń niepożądanych wykorzystywany jest dedykowany system informatyczny:

a) tak

b) nie

49. Jeśli raportowanie odbywa się poprzez system informatyczny prosimy wskazać nazwę programu:

.....

50. Czy w szpitalu prowadzony jest coroczny przegląd zarządzania

a) tak

b) nie

51. Jeśli w szpitalu prowadzony jest przegląd zarządzania, proszę wskazać kto w nim uczestniczy (możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi):

a) zespół dyrekcyjny

b) przedstawiciele personelu medycznego

c) przedstawiciele personelu administracyjnego

d) inne (proszę wskazać).....

52. Czy w szpitalu działają zespoły tematyczne (możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi):

a) zespół ds. farmakoterapii

b) zespół ds. antybiotykoterapii

c) zespół ds. etycznych

d) zespół ds. analizy zgonów

e) komitet terapeutyczny

f) zespół ds. dokumentacji medycznej

g) zespół ds. dydaktyki

h) zespół ds. badań naukowych

i) zespół ds. badań klinicznych

j) zespół ds. akredytacji

k) zespół ds. informatyzacji

l) inne (proszę wskazać jakie).....

53. Czy według Pani/Pana akredytacja jest czynnikiem wpływającym na oszczędności finansowe

(gdzie 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ):

☐0

☐1

☐2

☐3

☐4

Uwagi/Komentarze.....

VIII. SYTUACJA FINANSOWA SZPITALA

54. Proszę wskazać wartość przychodów netto ze sprzedaży w 2020 r.

.....
.....

55. Proszę wskazać wartość przychodów z tytułu wykonanych usług w ramach zawartej umowy z NFZ

.....

56. Proszę wskazać zysk/stratę netto szpitala za 2020 r.:

.....

57. Czy w przeszłości podmiot tworzący (uczelnia medyczna) musiał dotychczas pokrywać ujemny wynik finansowy szpitala:

a) tak, proszę wskazać rok.....

b) nie

58. Czy szpital zobowiązany jest realizować program naprawczy (zgodnie z ustawą o działalności leczniczej)

a) tak, jest w trakcie realizacji

b) tak, w przeszłości realizował, proszę wskazać lata, w których był realizowany.....

c) nie, nigdy nie realizował

Uwagi/Komentarze.....

IX. NAUKA W SZPITALU KLINICZNYM

59. Czy w szpitalu funkcjonuje dział badań klinicznych:

a) tak

b) nie

60. Czy w szpitalu istnieje wyspecjalizowany dział zajmujący się sprawami nauki (poza działem badań klinicznych):

a) tak

b) nie

61. Czy w szpitalu obowiązują procedury regulujące zadania naukowe w skali szpitala:

a) tak

b) nie

62. Czy w szpitalu istnieją procedury związane z badaniami klinicznymi

a) tak

b) nie

63. Czy w szpitalu prowadzone są badania kliniczne niekomercyjne:

a) tak

b) nie

64. Ile badań klinicznych było prowadzonych w 2020 r. w szpitalu (we wszystkich fazach):

a) komercyjnych.....

b) niekomercyjnych.....

65. Jakiej fazy prowadzone były badania w 2020 r. :

a) faza I

b) faza II.....

c) faza III.....

d) faza IV

e) brak fazy- eksperyment medyczny.....

Uwagi/Komentarze.....

.....

X. DYDAKTYKA W SZPITALU

66. Czy szpital posiada umowę na prowadzenie dydaktyki z podmiotem tworzącym (uczelnią medyczną):

a) tak

b) nie

67. Na jaki okres zawarta jest umowa:

a) rok kalendarzowy

b) rok akademicki

c) nieokreślony

d) inne (proszę wskazać).....

68. Umowa na dydaktykę obejmuje:

a) dydaktykę kliniczną

b) dydaktykę English Division

c) dydaktykę niestacjonarną

d) odpowiedź a, b, c,

e) inna odpowiedź.....

69. Czy regulacja dotycząca finansowania dydaktyki obejmuje rozliczenie kosztów za:

- a) ryczałt
- b) studentogodzina
- c) inne (proszę wskazać jaka).....

70. Jak często uczelnia rozlicza się z opłaty za dydaktykę:

- a) miesięcznie
- b) rocznie
- c) raz na semestr
- d) inne.....

71. Jaką kwotę szpital otrzymał z tytułu prowadzonej dydaktyki w 2020 r.

.....

72. Czy uczelnia w pełni uznaje koszty wskazywane przez szpital

- a) tak
- b) nie
- c) z zastrzeżeniami

73. Czy w szpitalu na bieżąco szacowane są koszty związane z przebywaniem studentów

- a) tak
- b) nie

74. Jeśli szpital szacuje koszty związane z przebywaniem studentów w szpitalu proszę wskazać jakie koszty brane są pod uwagę (możliwość wyboru kilku odpowiedzi):

- a) koszty materiałów jednorazowych zużywanych podczas dydaktyki
- b) koszty eksploatacji sal dydaktycznych
- c) koszty zużycia udostępniania urządzeń medycznych
- d) media, sprzątanie,
- e) utrzymanie szatni
- f) inne (proszę wskazać).....

Uwagi/Komentarze.....

XI. PROGNOZY DŁUGOTERMINOWE

75. Które z poniżej wymienionych aspektów według Pani/Pana będą miały kluczowy wpływ na zarządzanie szpitalem klinicznym w najbliższych 5 latach (gdzie 0- brak wpływu, 4- bardzo duży wpływ):

SKALA 0-4	Brak wpływu	Niewielki wpływ	Trudno powiedzieć	Duży wpływ	Bardzo duży wpływ
a) Brak personelu lekarskiego	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b) Brak personelu pielęgniarskiego	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
c) Niedostateczne finansowanie ze strony płatnika	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
d) Wzrost wynagrodzeń w ochronie zdrowia	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
e) Zwiększenie wpływu organu założycielskiego na działalność szpitala	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
f) Inne (proszę wskazać)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Uwagi/Komentarze.....

W przypadku uwag komentarzy istnieje możliwość dołączenia załącznika

Dziękuję za wypełnienie ankiety.

21.2. Załącznik nr 2

Scenariusz wywiadu pogłębianego

I. Pytania podstawowe

1. Uzyskanie zgody na nagrywanie wywiadu.
2. Jak długo pełni Pan/Pani funkcję dyrektora/zastępcy dyrektora szpitala klinicznego?
3. Czy przed rozpoczęciem pełnienia funkcji dyrektora/zastępcy dyrektora w szpitalu klinicznym pełnił Pan/Pani podobną funkcję w szpitalu o innym podmiocie tworzącym?
3. Czym w kontekście zarządzania według Pani/Pana różnią się szpitale kliniczne od innych szpitali?

II. Pytania dotyczące poszczególnych obszarów działalności szpitala klinicznego

1. Uwarunkowania zewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym,
2. Uwarunkowania wewnętrzne wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym,
3. Zarządzanie kadrami w szpitalu klinicznym,
4. Narzędzia wykorzystywane do zarządzania organizacją,
5. Strategia komunikacji wewnętrznej,
6. Strategia komunikacji zewnętrznej,
7. Jakość w szpitalu klinicznym,
8. Sytuacja finansowa szpitala,
9. Nauka w szpitalu klinicznym,
10. Dydaktyka w szpitalu klinicznym,
11. Prognoza długoterminowa.

III. Podziękowanie za możliwość przeprowadzenia wywiadu pogłębianego.

21.3. Załącznik nr 3

Wywiad pogłębiony nr 1 udzielony w dniu 7.10.2021 r. przez mgr Stanisława Szczepaniaka- Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu, Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu. Rozmowę przeprowadziła: mgr Agata Michalak

Wykorzystane skróty: AM- Agata Michalak, S.S. – Stanisław Szczepaniak

A.M.: *Panie Dyrektorze informuję, że udzielony przez Pana wywiad będzie częścią mojej pracy doktorskiej.*

A.M.: Na początek proszę powiedzieć od ilu lat zarządza Pan szpitalem klinicznym?

S.S.: Od 16 lat

A.M.: *Jaką różnicę w zarządzaniu wskazałby Pan różnicę między zarządzaniem szpitalem takim a innym których organem właścicielskim?*

S.S.: Kluczowy element różnicujący w kontekście zarządzania - i to bez znaczenia czy patrzymy na szpital powiatowy czy wojewódzki – to interakcje wewnętrzne związane z **dualizmem struktury szpitalnej i uczelnianej**. Jednego dnia dyrektor szpitala spotyka się z Rektorem w charakterze podwładnego, a innego jako przełożony. To jest element, który się nie zdarza w innych rodzajach szpitali, czyli określona pozycja części kadry medycznej i tak naprawdę określone takie **sprzężenie zwrotne w którym można być w jednej chwili podwładnym, a w drugiej pomimo braku jakichkolwiek zmian organizacyjnych pracodawcą**. Taka sytuacja nie ma miejsca w żadnym innym rodzaju podmiotu leczniczego.

A.M.: *Jakie główne czynniki zewnętrzne wskazałby Pan wpływają na zarządzanie szpitalem klinicznym?*

S.S.: W Polsce to absolutnie polityka Ministerstwa Zdrowia i Funduszu i nie mam w tej chwili wątpliwości że dynamizm zmian ciągu ostatnich lat czy ciągle zmiany koncepcji finansowania świadczeń i taki realny brak ciągłości w tym zakresie to jest najbardziej negatywnie działający czynnik zewnętrzny. Niestabilne otoczenie prawne i prawno-finansowe i brak długofalowej polityki w tym zakresie od lat są głównym problemem zarządzania w ochronie zdrowia. Niezależnie od opcji

politycznej wizja potrafi się zmieniać co rok, 1,5 czy 2 lata i tak naprawdę mnóstwo czasu poświęcamy na dostosowywania się do nowych uwarunkowań, zamiast koncentrować się na działaniach związanych z rozwojem jednostki, tudzież poprawą jakości działania.

A.M.: Proszę zatem o wskazanie głównych czynników wewnętrznych warunkujących zarządzanie szpitalem klinicznym.

S.S.: Polityka kadrowa jest na pierwszym miejscu, deficyt kadr to jest największe zmartwienie zarządów szpitali, najważniejszy czynnik wpływający na zarządzanie

A.M.: To w taki razie czy da się zarządzać kadrą w szpitalu klinicznym?

S.S.: Jest to trudny proces. Jestem absolutnym zwolennikiem ubierania wszystkiego w określone warunki zatrudniania, tworzenia określonych reguł, obowiązujących wszystkich pracowników, ale jednocześnie różnicujących ich ze względu na posiadane kompetencje. To znaczy mamy określone zależności na przykład pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w różnych obszarach i na tym bazujemy różnicując warunki zatrudnienia. Przy czym trzeba przyznać, że sytuacja realna jest taka, że brak dwóch- trzech pielęgniarek blokuje działalność jakiejś istotnej jednostki. To się niestety zdarza, podobna sytuacja dotyczy też kadry lekarskiej. Są pojedynczy lekarze, których brak potrafi tak naprawdę zdestabilizować istotny zakres działań szpitala. Szczególnie w obszarze najbardziej wysokospecjalistycznych procedur zdarza się, że opieramy się na jednym czy dwóch specjalistach.

A.M.: Przechodząc do zarządzania operacyjnego w samym szpitalu jak ocenilby Pan sprawczości poszczególnych kierowników oddziałów?

S.S.: Większość, zdecydowanie większość ma zrozumienie ograniczeń kontraktowych ale niekoniecznie idzie to w parze ze zrozumieniem ograniczeń kosztowych. Jest niemała grupa Kierowników angażujących się, a nawet inicjujących działania mające umożliwić elastyczne wykonywanie kontraktu w zależności od sytuacji. Część też z tej grupy rozumie dobrze uwarunkowania kosztowe

i szuka przynajmniej możliwości zrobienia czegoś. Powiedziałbym, że tak może z 50% rozumie ideę ograniczeń kontraktowych, ale też ograniczeń kosztowych.

A.M.: A czy omawia Pan z nimi te przekroczenia limitów? Czy oni są świadomi dostają taki feedback w kontekście swoich działań?

S.S.: Tak, nie mieliśmy takiego problemu - przynajmniej w ostatnich latach - żeby ktoś się nie podporządkował wyznaczonym celom w zakresie poziomu realizacji kontraktu.

A.M.: Przechodząc teraz płynnie do komunikacji wewnętrznej co jest kluczowe w kontekście komunikacji wewnętrznej, bądź co Pan uznaje za barierę w komunikowaniu?

S.S.: Komunikacja wewnętrzna jest bardzo ważna. Tym co najbardziej zawodzi to kanały pośrednie czyli kierownicy oddziałów i działów, którzy powinni przekazywać informacje zgodnie z zamiarami dyrekcji szpitala. Do pracowników niektóre informacje nie docierają lub docierają zniekształcone. Jak mi się wydaje kierownicy przekazują je po prostu na zasadzie swojego rozumienia czyli ta informacja jest po prostu w pewien sposób przetworzona. Jest zniekształcona, często się tak zdarza i niestety zdarza się również, że ta informacja w ogóle nie jest przekazywana. Inne kanały dotarcia jakie stosujemy - czy to jest gazetka czy to jest strona wewnętrzna - działają w znacznie gorszy sposób niż bezpośrednie informacje. W przypadku jakichś ważnych kwestii i jednocześnie bardziej zawiłych, informacje nierzadko nie są przekazywane w pełni zgodnie z naszą intencją, czasem zdarza się, że w 60 procentach czasem 40 a powiedziałbym, że zdarza się, że jest dokładnie odwrotnie niż zakładamy.

A.M.: Wspomniał Pan gazetkę, intranet wewnątrzszpitalny czy posilkuje się informacją mailową czy raczej jesteście jeszcze wierni papierowej wersji informowania o pewnych kwestiach według rozdzielnika?

S.S. :Tak zdarza się przysyłać pisma ogólne wg rozdzielnika i one są zazwyczaj czytane na odprawach natomiast wiadomo, że trudno przekazywać pismo w związku z każdą sprawą, poza tym bardziej skomplikowane kwestie trudno przekazać pisemnie, generują określoną ilość pytań, na które odpowiedzieć można tylko w bezpośredniej interakcji.

Z dłuższą informacją pracownicy nie zawsze mają ochotę się zapoznawać. I tu gazetka jest dobrym przykładem, dokładamy starań, żeby pewne informacje zawrzeć w gazetce, żeby pewne tematy dobrze wyjaśnić.

A.M.: Kto jest redaktorem gazetki?

S.S.: Sylwia Zdrojowa, chociaż formalnie redaktorem naczelnym jestem ja.

A.M.: W jaki sposób gazetka jest dystrybuowana? Wśród pracowników, czy jest dostępna również w pdf?

S.S.: Wśród pracowników, tak jest dostępna również w pdf. Nie wysyłana jest na zewnątrz, tylko dystrybuowana wewnątrz szpitala. Jest to typowo wewnętrzna gazetka.

A.M.: Czy w szpitalu powołany jest rzecznik?

S.S.: Nie. Dyrekcja wypowiada się do mediów.

A.M.: A czy zdarzały się sytuacje, że Pana zdaniem Rzecznik w szpitalu byłby potrzebny?

S.S.: Zdecydowanie tak.

A.M.: Czy Pan uważa, że taka instytucja rzecznika prasowego jest potrzebna w szpitalu jako wydzielona obowiązki dodatkowe?

S.S.: Jako obowiązki dodatkowe może i tak, gdzieś przy takiej komórce która się zajmuje szeroko pojętą promocją. Ale trzeba też brać pod uwagę pewną proporcję. Inaczej obowiązki takiej osoby będziemy postrzegać w szpitalu z miliardem obrotów - jakim za chwile będzie nasza jednostka, z bardzo szerokim zakresem działalności, a inaczej w jednostce która ma kilkadziesiąt milionów obrotu i działalność ograniczoną do kilku oddziałów.

A.M.: *To pewnie zależy też od tego jak dany zarząd szpitala chce komunikować pewne kwestie na zewnątrz. Np. szpital wrocławski przy każdej procedurze, co 3 tyg. dostaje mailing z komunikatem prasowym oraz zwoływane są konferencje prasowe.*

A.M.: *Czy wykorzystujecie media społecznościowe? Facebook, Instagram?*

S.S.: Tak, Facebook.

AM. *Kto go prowadzi?*

S.S.: Zebraliśmy grupę kilku osób: m.in. Sylwia Zdrojowa i Ewa (Żurowska), trochę na zasadzie pospolitego ruszenia, które z tych czy innych powodów mogły być tym zainteresowane, mieć coś do przekazania. My ten profil stworzyliśmy nieco ponad rok temu na początku pandemii. **Długo czas byłem przeciwnikiem prowadzenia profilu, ponieważ wydawało mi się, że duża część naszej działalności tam to będzie odpieranie ataków hejterskich. Natomiast zeszły rok i możliwość zbierania darowizn spowodował, że ten profil utworzyliśmy, więc jest on stosunkowo młody.** Profil jest stosunkowo młody natomiast porównując się z profilem np. Szpitala Uniwersyteckiego we Wrocławiu mamy podobną liczbę osób

A.M.: *Followersów.*

S.S.: Tak followersów.

A.M.: *Czy Szpital posiada kanał na youtube albo konto na Instagramie?*

S.S.: Nie, nie posiadamy, ani kanału na youtube ani konta na Instagramie. Natomiast w zakresie FB odnieśliśmy pewien rodzaj sukcesu, tworząc w krótkim okresie czasu rozpoznawalny profil, który dogonił lub nawet przegonił wiele profili o znacznie dłuższej historii. Tak naprawdę profil „urósł” się na kilku wydarzeniach o charakterze bardziej marketingowym. **Osobiście byłbym zwolennikiem przekazywania bardziej fachowych informacji. Ale niestety dla przeciętnego czytelnika post o specjalistycznym zabiegu ma mniejsze znaczenie. Oczywiście inaczej to wygląda jak przekazujemy to przez pryzmat pacjenta, bo ludzi interesują historie innych osób.** Chyba największym wyzwaniem żeby profil dobrze funkcjonował jest to, że musi być

zasilany informacjami kilka razy w tygodniu - jak mi tłumaczył Paweł Tumidalski (pracownik Działu Zamówień Publicznych), który również współtworzy profil na fb szpitala. Do redagowania fb zaangażowałem 4 osoby, zupełnie różne charaktery które ściąrając się, wspólnie tworzą coś interesującego. Ostatnie 2 miesiące są trochę słabsze, niestety nie mamy czasu na tę działalność. Chociaż i tak była ona prowadzona głównie w czasie wolnym.

A.M.: Przechodząc do jakości w Szpitalu. Państwa Szpital jest szpitalem akredytowanym, o świetnym wyniku. Jak Pan ocenia jakość w kontekście tych akredytacji czy tą jakość rzeczywiście w szpitalu można zmierzyć tymi certyfikatami?

S.S.: Certyfikatem ISO z pewnością nie, natomiast certyfikat CMJ już coś na pewno mówi o jakości udzielania świadczeń.. Jeśli jednostka dobrze wypada np. w kontekście analizy zdarzeń niepożądanych, to mam przekonanie, że przekłada się to stricte na jakość udzielanych świadczeń w ostatecznym rozrachunku.

A.M.: Czy można powiedzieć, że jakość porządkuje coś w Szpitalu?

S.S.: Jeśli chodzi o procedury wdrażane w kontekście ubiegania się o akredytację to zdecydowanie tak. Sytuacja ubiegania się o certyfikat wymusza takie działania, w sytuacji gdy część tych działań byłaby odsuwana w czasie.

A.M.: A jaka jest Pana opinia na temat projektu tej ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta? M.in. centralny rejestr zdarzeń niepożądanych, decydowanie przez Płatnika świadczeń o przyznawaniu certyfikatu akredytacyjnego itd.

S.S.: Jeśli chodzi o analizowanie zdarzeń medycznych i rejestrowanie, jestem za tym żeby nie działo się to na poziomie szpitala, ale w ramach tej komórki gdzie dane zdarzenie miało miejsce. Trzeba pracować z ludźmi w ten sposób w mojej opinii, aby zgłaszanie zdarzenia niepożądanego było codzienną praktyką, czymś normalnym w procesie pracy, a zdarzenia niepożądane rozpatrywane w ramach danej komórki. Dlatego też jestem przeciwny krajowemu rejestrowi zdarzeń niepożądanych.

W kwestii wydawania akredytacji przez NFZ uważam, że generalnie komasowanie wszystkich praw w ręku jednego podmiotu jest oczywiście złe, tak jak to widać np. w

kontekście kontroli NFZ i iluzorycznej możliwości odwołania się od decyzji kontroli do Prezesa NFZ. **To co może być siłą płatnika, to możliwość rzeczywistego sprawdzenia co się dzieje z pacjentem po udzielonym świadczeniu, czyli w jakiejś mierze bezpośredni obraz jakości udzielanych świadczeń. Nie mam żadnej wątpliwości, że taki pacjent potrafi się zgubić oraz efekt tego leczenia też może się zgubić. Popatrzenie całościowe na pacjenta nie istnieje, może prócz takich programów jak KOS zawał czy leczenie w ramach karty DILO, ale jest szereg zdarzeń medycznych gdzie bezwzględnie powinny być wdrożone analogiczne rozwiązania. Pytanie czy zmiany pójda to w kierunku patrzenia na działalność szpitali przez pryzmat całościowego efektu leczenia pacjenta.**

A.M.: Jak ocenia Pan sytuację finansową szpitala?

S.S.: Stabilna. Na pewno nie można powiedzieć, że jest zła na pewno nie można też powiedzieć, że jest przesadnie dobra. Nie byłbym uczciwy mówiąc, że nie mamy w miarę bezpiecznego marginesu działania. **Poduszka finansowa jest obecnie wystarczająca, natomiast z drugiej strony w bieżących kosztach działalności nie możemy sobie na coś szczególnego pozwolić – czy to w obszarze placowym czy inwestycyjnym.**

A.M.: Czy kwestia pandemii wpłynęła pozytywnie czy negatywnie na finanse szpitala?

S.S.: To jest bardzo dobre pytanie bo przez to, że zeszły rok był kompletnie niezwykły. Przewidywaliśmy dość wysoką stratę, natomiast skończyło się zyskiem w okolicach 700 000 zł. Ten rok jest jeszcze trudny do podsumowania. Teoretycznie mamy stratę i to znaczącą natomiast jest duża grupa świadczeń, których nie mamy w tym momencie zafakturowanych z zakresów nielimitowanych. Nie fakturujemy potencjalnych przychodów, co robią niektóre szpitale.

A.M.: Czy szpital był w sytuacji, że musiał realizować program naprawczy?

S.S.: Formalnie realizujemy program naprawczy, ponieważ w bieżącej działalności 2 lata temu czy 3 lata temu miał stratę co z automatu spowodowało konieczność wdrożenia planu naprawczego. Natomiast strata jest pojęciem księgowym, w tamtym okresie nie było szans, żebyśmy tej straty nie mieli. Strata w tamtym okresie wynikała z

niewspółmiernej dynamiki wzrostu kontraktu do kosztów ponoszonych przez szpital np. z tytułu wynagrodzeń związanej z płacą minimalną. Natomiast nie wpłynęło to z drugiej strony na poduszkę finansową, którą posiadaliśmy i w dalszym ciągu posiadamy i nie musimy specjalnie jej naruszać żeby na bieżąco funkcjonować.

A.M.: Przejdźmy do nauki w szpitalu klinicznym. Szpital realizuje na pewno badania kliniczne. Czy to jest wydzielona komórka dedykowana administrowaniu badań klinicznych?

S.S.: W naszym szpitalu zajmuje się tym w praktyce jedna osoba - pracuje w sekcji badań klinicznych i naukowych. Jednostka zajmuje się również badaniami przesiewowymi. Komórka jest dwuosobowa, natomiast stricte badaniami klinicznymi zajmuje się jedna osoba. Dodatkowo na oddziale, gdzie prowadzonych było najwięcej badań zatrudniony był koordynator dla tych badań.

A.M.: Czy koszty badań klinicznych są osobno ewidencjonowane?

S.S.: Tak

A.M.: Czy kalkulacja ma zawsze miejsce przed zawarciem umowy na badania?

S.S.: Tak, a wysokość kosztów jest oczywiście powiększona o marżę dla szpitala.

A.M.: Kto decyduje o tym że badanie się rozpocznie czy badacz czy dyrekcja wpływa w jakiś sposób na i znaczy jak już po podpisaniu umowy kto decyduje o podpisaniu umowy?

S.S.: Zdecydowanie dyrekcja. Nigdy nie było badania, w którym nie mielibyśmy satysfakcjonujących warunków z punktu widzenia szpitala i rozpoczynalibyśmy takie badanie.

A.M.: Czy te należności z tytułu badań są na bieżąco regulowane?

SS. Raczej tak, nie mamy z tym zakresem większego problemu. Oczywiście okresy rozliczeniowe w badaniach klinicznych są nieco inne niż standardowo – zazwyczaj

rozliczamy się kwartalnie, przy czym dodatkowo na możliwość rozliczenia ma firma CRO „odbierając” od Głównego Badacza realizację zadań.

AM. Co Pan myśli o tym żeby wyciągnąć badania ze szpitali klinicznych i scentralizować to w kontekście uczelni ?

S.S.: Przyjąłem do wiadomości taką decyzję Rektora. Ja zawsze szanowałem prawo organu założycielskiego do określonych działań. Przy czym jest to decyzja organu założycielskiego, ale wynikająca w jakiejś mierze z pomysłu ABM-u, zobaczymy na ile w skali kraju zostaną zrealizowane założenia.

A.M.: Rozpoczął się rok akademicki kwestia dydaktyki w szpitalu. Jak Pan ocenia, czy dydaktyka jest kosztowna dla szpitala? Rozważając zarówno kwestie kosztów w kontekście czasu pracy pracowników i angażowanych pozostałych zasobów, ale również ważąc korzyści wynikające z prowadzonej dydaktyki.

S.S.: Jesteśmy szpitalem powołanym do prowadzenia dydaktyki, więc nie wiem czy możemy patrzeć na tę działalność tylko w kontekście kosztowym. Jesteśmy utworzeni głównie żeby tę działalność realizować. Natomiast z punktu widzenia problemu jaki generują studenci to ja za najslabsze rozwiązanie uznaje **dualizm zatrudnienia w tym czasie osób prowadzących zajęcia, jednocześnie realizujących zadania dla szpitala. Mam poczucie, że optymalnym sposobem byłoby zatrudnianie nauczycieli akademickich do prowadzenia ćwiczeń wyłącznie przez szpital i ujmowanie tego elementu działania w wynagrodzeniu.** I mam takie poczucie, że jeden płatnik wynagrodzenia wiele problemów związanych z dydaktyką przy pacjencie by rozwiązał.

A.M.: W jaki sposób szpital w ramach zawartej umowy z Uniwersytetem rozlicza te poniesione koszty dydaktyki?

S.S.: Otrzymuje refundację w zryczałtowanej – określonej umownie - wysokości.

A.M.: Jak pan widzi w kontekście takim długofalowym co będzie dla Państwa- zarządzających szpitalami klinicznymi największym problemem, ale w kwestii takiej globalnej. Jaki element będzie najbardziej doskwierał w kontekście zarządzania?

S.S.: Dwie kwestie zdecydowanie wybijają się na pierwszy plan. Przede wszystkim kadry i po drugie niestabilność otoczenia - szeroko pojętego otoczenia prawno-finansowego. Jeśli chodzi o ten pierwszy element to szpitale kliniczne są w uprzywilejowanej sytuacji, żeby sobie z tym problemem radzić – mają dostęp do kadr kształconych przez Uniwersytet Medyczny. Natomiast jak chodzi o zmiany w otoczeniu prawno-finansowym to dotyka je to częstokroć w większym stopniu niż szpitale powiatowe i wojewódzkie. Takie mam przynajmniej wrażenie. Np. Pan Minister (Zdrowia) - nie wiem czy już tylko tym tych planów zaniechał czy nie -, ale miał jeszcze miesiąc temu pomysł żeby to szpitale kliniczne były osią całego systemu i w gruncie rzeczy jak w jakiś tam sposób wzięły szpitale powiatowe pod swoje skrzydła. Te zapowiedzi były dość enigmatyczne, ale 2-3 lata temu można było usłyszeć pomysły, żeby szpitale kliniczne wróciły do Ministerstwa Zdrowia. Teraz organizacyjnie mają pozostać w tym samym miejscu, ale jednocześnie chce im się dać potężną władzę. Na marginesie myślę, że byłoby to bardzo ciekawe z punktu widzenia przerzucenia odpowiedzialności za zmiany w systemie opieki zdrowotnej na jedyne jednostki, które nie są politycznie uwarunkowane. Z punktu widzenia podejmowania określonych trudnych decyzji w zakresie zmian w profilu działania szpitali jest to ciekawy pomysł, bo decyzje podejmowane przez administrację rządową lub samorządową zawsze będą decyzjami o charakterze politycznym, a decyzje wychodzące ze szpitali klinicznych takiego uwarunkowania nie mają. Przy czym nie chodzi mi teraz o samą decyzję o tym czy tak będzie czy nie, tylko o sinusoidę w otoczeniu prawnym.

Ważny tegoroczny przykład braku stabilności w otoczeniu prawno-finansowym dotyczy finansowania ustawowych wzrostów wynagrodzeń dla pracowników szpitali. Minister w lutym lub marcu tego roku zapowiedział, że nie będzie już żadnych strumieni oddzielnych dla finansowania wzrostów wynagrodzeń. Trzy miesiące później podjęta została decyzja o sfinansowaniu podwyżek odrębnym strumieniem finansowym, a właściwie szeregiem strumieni skierowanych na finansowanie wzrostów wynagrodzeń już nie grup ale konkretnych pracowników. Globalnie nie potrafię jeszcze powiedzieć, jak wyszliśmy na tym rozwiązaniu na tle innych szpitali, ale patrząc z perspektywy czasu popełniłem zasadniczy błąd. Opierając się na zapowiedziach Ministerstwa nie brałem pod uwagę bezpośredniego finansowania przez NFZ wzrostów wynagrodzeń i niezależnie od ustawowych wzrostów, szpital realizował dodatkowe zwiększenia wynagrodzeń zasadniczych dla niektórych pracowników – tak żeby chociażby w podstawowym zakresie zachować

zróżnicowanie wynagrodzeń ze względu na doświadczenie i kwalifikacje. Po czym okazało się, że w związku z tym, że podwyższyliśmy wynagrodzenia , spotyka nas „kara”, bo na kolejne regulacje otrzymaliśmy odpowiednio mniej środków. W tak nieprzewidywalnych warunkach nie można rozsądnie działać.

A.M.: Bardzo dziękuję za rozmowę.

21.4. Załącznik nr 4

Wywiad pogłębiony nr 2 udzielony 20.10.2021 r. przez dr n med. Pawła Daszkiewicza- Dyrektora Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera w Poznaniu.

Rozmowę przeprowadziła mgr Agata Michalak

Wykorzystane skróty: PD- Paweł Daszkiewicz, AM – Agata Michalak

AM.: Panie Dyrektorze informuję, że udzielony przez Pana wywiad będzie częścią mojej pracy doktorskiej.

AM: Na początek proszę powiedzieć od ilu lat zarządza Pan szpitalem klinicznym?

PD: Prawie 25. W marcu przyszłego roku będzie 25 lat.

AM: A czy wcześniej miał Pan też doświadczenie kierowania innym szpitalem, czy jest to pierwszy szpital kliniczny którym pan kieruje?

PD: **Pracuję od 41 lat w tym szpitalu. Wobec tego to jest moje pierwsze miejsce pracy i myślę, że będzie tym ostatnim.** Przed rozpoczęciem pełnienia funkcji Dyrektora Naczelnego pełniłem funkcję zastępcy do spraw medycznych, byłem szefem oddziału onkologicznego, a startowałem jako asystent stażysta.

AM: Jakie wskazałby Pan główne różnice zarządzania szpitalem klinicznym od zarządzania innym szpitalem np. marszałkowskim, wojewódzkim?

PD: Ponieważ nie pracowałem w innym szpitalu o innym organie założycielskim, dlatego moja odpowiedź nie jest oparta na doświadczeniu własnym, tylko na przemyśleniach. **W mojej ocenie zarządzanie szpitalem klinicznym jest niewątpliwie trudniejsze, niż zarządzanie szpitalem np. marszałkowskim, dlatego, że mimo wszystko jest tu dualizm władzy.** To znaczy niby część lecznicza podlega dyrektorowi szpitala, część naukowa i dydaktyczna Rektorowi, natomiast kierownicy klinik mają takie przeświadczenie, że ich głównym pracodawcą jest Rektor, chociaż często ich uposażenia są większe w szpitalu, niż na uniwersytecie. Rodzi to potem sytuacje biegania do rektora jeśli coś się pracownikom nie podoba, podejmowania różnych prób interwencji. **To jest bardzo ważne, żeby po prostu Rektor miał pewną dozę dystansu i wspierał**

dyrektora szpitala, bo inaczej zarządzać się nie da, bo można kontestować wszystko. Ja mam to szczęście, że zawsze miałem Rektorów, którzy mnie wspierali, bo gdyby nie to, to nie byłoby szans na skuteczne zarządzanie. Niestety sytuacja nie wygląda tak we wszystkich ośrodkach akademickich. Natomiast w szpitalu np. marszałkowskim decyzja dyrektora jest praktycznie „święta”, nie ma odwołania i stąd jest prościej zarządzać.

AM.: Przechodząc do zarządzania operacyjnego. Jak ocenia Pan sprawność kierowników poszczególnych oddziałów w kontekście takiego zarządzania? Oczywiście nie mówię tu o wykonywaniu świadczeń, tylko całości postrzegania takiego organizmu jakim jest oddział.

PD: Ona jest bardzo zróżnicowana. Są świetni kierownicy klinik, tak naprawdę miarą tego jest spokój, jaki zapewniają dyrektorowi szpitala, rozwiązują wewnętrznie spory, panują nad personelem. Natomiast jest też grono kierowników, no jakby powiedzieć, troszkę mniej sprawnych. Stanowi to wieczny problem np. nie panują nad personelem i dyrektor ma problem. Niektórzy zachowują się sami jak działacze związkowi. I byli też tacy kierownicy klinik, którzy nic nie robili, uważali, że im się należały pieniądze ze szpitala za to, że oddychają na terenie szpitala i praktycznie byli zupełnie wyłączeni z działalności usługowej. Oddział praktycznie prowadzili ich zastępcy. Jeśli zastępca był dobry i samodzielny, to tego szpital aż tak nie odczuwał. Tylko trzeba było się pogodzić z faktem, że wszystko załatwia się z zastępcą. Czasem to był też dramat. W tej chwili sytuacja się wyczyściła (wielu kierowników klinik przeszło na emeryturę), ale nadal jednak jest duże zróżnicowanie jakości zarządzania.

AM. W jaki sposób kontaktuje się Pan z kierownikami oddziałów odnośnie planu wykonania kontraktu, limitów. Czy są to spotkania jeden na jeden, czy ogólne spotkania?

PD.: Rozliczaniem usług medycznych i czuwaniem nad tym zajmuje się na bieżąco moja zastępczyni ds. medycznych, ona pewne rzeczy monitoruje. Natomiast pediatria jest w tej chwili nielimitowana?. Fundusz postanowił płacić za to, co wykonano. W pandemii COVID było to mało zabawne, ale szpitale pediatryczne wywalczyły sobie też rozliczanie 1/12 i jest ok. Natomiast w tej chwili obowiązuje zasada - im więcej zrobicie to wszystko zapłacą, bo to jest efekt ustawy o Funduszu Medycznym.

Pediatrya jest z założenia cała nielimitowana. Szkoda, że nie wprowadzono tej zasady kilka lat temu, kiedy nie było COVID-u, bo ten szpital zarabiałby kilka milionów rocznie więcej.

AM: Ale rozumiem, że jakieś wewnętrzne limity na oddziały w kontekście na przykład badań obrazowych są?

PD.: Muszą się dogadać między sobą. Badania obrazowe są wąskim gardłem, np. pacjenci onkologiczni muszą mieć wykonane badania w określonym czasie, a nie np. dwa tyg. później, bo moment wykonania tych badań kontrolnych wynika z programów leczniczych. Tym samym onkologia ma np. zarezerwowaną określoną liczbę badań i terminy.

AM: Przechodząc do obszaru komunikacji wewnętrznej w szpitalu. Co wskazałby Pan Dyrektor za piętę achillesową w komunikacji wewnętrznej w Państwa szpitalu? Np. nieodbieranie maili, nie przychodzenie na spotkania, nie logowanie się na spotkania, kierownicy nie przekazują informacji?

PD.: Kierownicy klinik na spotkania przychodzą, nikt nie odważy się nie przyjść bez usprawiedliwienia i wysłania zastępcy. Maile odbierają, ale z ich przekazywaniem różnie bywa. Są to czasami nieprzyjemne informacje – nie odebrałem maila, a my (dyrekcja) mamy potwierdzenie odbioru. **Problemem jest to, że kierownicy klinik otrzymują pismo i czasami zamiast przekazać je pracownikom wkładają do szuflady i potem personel nie wie. Nie jest to rzadkie zjawisko.**

AM: Czy w szpitalu ukazuje się jakaś gazetka szpitalna?

PD: Nie, nie wzorujemy się na Przemienieniu Pańskim (Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego), które ma cały czas ładną gazetkę. Prawda jest taka, że jakbym robił gazetkę, to sam bym to musiał robić. W Przemienieniu Pańskim jest cały zespół ludzi, których zawsze zazdrościłem, odciążających dyrektora od tego typu pracy. Mogą oni prowadzić np. biuro Unii Szpitali Klinicznych. A więc gdybym ja coś takiego robił, to wziąłbym na siebie dodatkowe obowiązki.

AM. Czy w szpitalu komuś powierzono funkcję rzecznika prasowego?

PD. Nie ma funkcji rzecznika. W zależności od sytuacji typowana jest dana osoba do tego, żeby udzieliła mediom informacji. Nie dlatego, że wychodzę z założenia, że żaden pracownik administracji nie będzie merytorycznie przygotowany do udzielania miarodajnych informacji. Media przy dzieciach często się pytają o to w jakich okolicznościach i w jakim stanie pacjent został przywieziony i nawet dyrektor nie jest przygotowany do udzielenia takich informacji, musiałbym pewnie sam **najpierw pytać**. Czyli wobec tego uprzedzam kierownika kliniki, że media zwrócą się do niego, że należy w pewnym ograniczonym zakresie udzielić informacji i w jakich granicach. W moim odczuciu z punktu widzenia merytorycznego nie da rady, żeby robiła to jedna osoba, bo będzie mówiła stale na okrągło.

AM. Czy Pana dyrektora zdaniem był taki moment jakiś w historii szpitala, że rozważał Pan w ogóle opcje tego rzecznika czy w ogóle nie była brana pod uwagę?

PD: W jakichś napiętych sytuacjach byłoby to wygodniejsze, ale w sytuacjach podbramkowych ciężar na siebie i tak bierze dyrekcja. Nie jestem osobą płochliwą, która bałaby się stanąć przed kamerą. Posiadanie rzecznika byłoby czasem może wygodniejsze, ale na pewno nie powinna to być funkcja stała wymagająca odrębnej etatyzacji.

AM Czy wykorzystujecie państwo takie media jak Facebook?

PD. Czy posiadamy profil to nie wiem tak do końca, bo tym się zajmuje moja zastępczyni. Mamy strony internetowe, mamy ogłoszenia internetowe, szereg dokumentacji można przegrać sobie od nas ze strony internetowej i rodzice z tego korzystają, mają szeroki dostęp do wiedzy na temat swoich dzieci, każdy może mieć swoje konto. Natomiast jakieś specjalnej akcji promocyjnej nie prowadzimy, bo mamy wystarczająco dużo pacjentów, a tak mogłoby się okazać, że mamy jeszcze więcej.

AM. Przechodząc do jakości w szpitalu - co Pan Dyrektor uważa na temat w jaki sposób powinno się w szpitalu mierzyć jakość. Co dla Pana jest wyznacznikiem jakości w szpitalu?

PD. Bardzo trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. **Bo oczywiście takie mierniki jak ilość zakażeń, ilość powtórnych reoperacji, ilość powtórnych**

hospitalizacji są proste do weryfikacji. Uważam, że największym parametrem jakości jest to jak oceniają nas rodzice, jak oceniają nas dobrze, to jest ok. Jakość świadczeń to jest jedno, a kontakt bezpośredni to drugie. Pacjent może być świetnie leczony, ale gdy zabraknie dobrej komunikacji i empatii to pacjenci mogą uważać, że to coś fatalnego. Muszę z przykrością stwierdzić, że ludziom brakuje empatii i to później niweczy włożony w opiekę nad dzieckiem trud. Tu nie oszczędza się na lekach, w praktyce jednak niektórzy lekarze mimo olbrzymich nakładów i pozytywnych efektów leczenia potrafią zepsuć efekt i odczucia rodziców potem są różne.

AM. Jak Pan ocenia jakość mierzoną przez CMJ?

PD. Nie do końca mogę to oceniać, ponieważ my nie mamy certyfikatu akredytacyjnego CMJ. Mieliśmy już przygotowane dokumenty, byliśmy po wstępnej akredytacji. Mimo stosownych przygotowań pandemia COVID zniweczyła to wszystko. Wobec tego nie mogę się specjalnie wypowiadać w tym zakresie. Obecnie mamy certyfikację poszczególnych klinik, certyfikację laboratorium. Niestety nie udało się certyfikacji całego szpitala zrobić do dziś. A z zapowiedzi wynika, że prawdopodobnie certyfikacja zostanie przejęta przez NFZ.

AM. A same przygotowania do akredytacji?

PD: Dużo pracy włożyliśmy. Pomocą służyły nam szpitale, które przeszły drogę uzyskania akredytacji. Mieliśmy już wizytę wstępną, taki już przegląd akredytacyjny zrobiony przez pracowników CMKJ. Wszystkie dalsze kroki zostały odwołane.

AM. Czy szpital posiada certyfikaty ISO?

PD. Certyfikaty ISO niewiele dawały jeśli chodzi o dodatkowe środki. Jestem pragmatykiem i wobec tego certyfikacja CMJ dawała jakieś punkty, dodatkowy przelicznik, a ISO nie dawało nic tak naprawdę, poza tabliczką w gabinecie dyrektora, czyli powiedzmy sobie szczerze - położyliśmy nacisk na akredytację.

AM. Jak pan Dyrektor oceniłby obecną sytuację finansową szpitala?

PD. Szpital miał dotychczas dobrą sytuację finansową. Ja przez ostatnich naście lat miałem dodatnie wyniki finansowe. Generalnie dodatnie wyniki finansowe pozwalały odkładać te pieniądze na fundusz zapasowy. Ja mam dość duży kapitał zapasowy, zabezpieczenie na przyszłość i zabezpieczenie prowadzenia inwestycji przyszłościowych, czyli nie było z tym żadnego problemu. Natomiast w tej chwili to nie wiadomo co będzie, bo Fundusz już zaczyna weryfikować niewykonania z poprzedniego roku. Jeśli w poprzednim roku nie wykonałeś świadczeń ze względu na pandemię, to i tak w tym roku Ci to zabierzemy. I to jest ten problem, bo jednak pandemia nam przeszkadza w wielu rzeczach, ot chociażby 7 studentów dodatnich na oddziale psychiatrii dziecięcej, bo jeden kaszłący student COVID dodatni przez 10 dni z objawami przychodził na oddział psychiatrii dziecięcej i ja teraz muszę zamknąć dwa oddziały i z tego powodu poniosę straty finansowe. COVID zrobił większe spustoszenie niż w innych szpitalach, rodzice bali się puszczać dzieci do szpitala. Mieliśmy ograniczone możliwości izolacji dzieci. Szpitale pediatryczne napisały do Ministra, że szpitale pediatryczne upadną, jeśli będą rozliczane według rzeczywistego wykonania. Najlepszy szpital pediatryczny w ubiegłym roku miał 85% wykonanie, nasz szpital miał wykonanie na poziomie 84%, ściana wschodnia miała po 50% wykonania. **Szpital wziął 1/12, ale to jest cały czas zawieszone, bo o ile zostały już zweryfikowane programy lekowe, bo to oczywiste, że nie mieliśmy kosztów zakupu leków, to o tyle np. transplantacje szpiku nie były wykonywane - a wynikało to z decyzji Ministerstwa Zdrowia, które zawiesiło czasowo wykonywanie tych procedur w pandemii. Szpital ponosił koszty stale danego oddziału. Proszę wziąć pod uwagę, że NFZ wydał sam decyzję o wstrzymaniu przyjęć planowych, więc moim zdaniem należałoby wziąć pewną odpowiedzialność za wydawane decyzje. W związku z powyższym prawdopodobnie w tym roku nie wyjdę na plus, bo są też roszczenia pracownicze plus powiedzmy sobie szczerze - pandemia spowodowała istotny wzrost kosztów. Ceny i zużycie środków ochrony osobistej wzrosły wielokrotnie. Gdyby zsumować wszystkie parametry to wszystko kosztuje kilkadziesiąt razy więcej. Plus dodatkowo otrzymywaliśmy co chwile aneksy od dostawców, że zgodnie z ustawą covidową oni mogą podnieść cenę i proszę bardzo nie mamy praktycznie żadnego pola dyskusji, ewentualnie możemy umowę rozwiązać. Niektórzy - jak na wojnie - dorobili się na COVIDzie, a inni dużo stracili i czasami zostali postawieni w stan bankructwa.**

AM. Przechodząc do obszaru nauki w szpitalu klinicznym. Na pewno jesteście Państwo dużym ośrodkiem, gdzie prowadzone są badania kliniczne. Jak wygląda dobór tych badań. Czy idea badań wychodzi zawsze od badacza?

Wbrew pozorom nie jesteśmy dużym ośrodkiem badawczym i większość badań ma charakter niekomercyjny i na przykład w onkologii jest takich badań dużo. **Inicjatywa nigdy nie wychodzi ze szpitala, wychodzi najczęściej od badacza, czasem od firmy, która chce te badania zrobić. Ja sprawdzam w tym momencie koszty, które te badania generują i bezpieczeństwo prawne szpitala.** Nie zależy mi na paru groszach, ważnym parametrem jest bezpieczeństwo. Są badania kliniczne, których koszty realizacji przewyższają zaproponowane wynagrodzenie dla szpitala – i takich badań nie puszcę. Są takie badania w których ryzyko prawne jest bardzo duże, a firmy czasem chcą ze szpitala zrobić podmiot odpowiedzialny za swoje produkty. Być może jestem jedynym dyrektorem, który z satysfakcją przyjął utworzenie Akademickiego Centrum Badań Klinicznych. Mam zagwarantowane przez Pana Rektora, że przed przyjęciem protokołu uzgodnień będę się mógł z nim zapoznać i wnieść stosowne uwagi, ponieważ czasem koszty badań są ukryte i postronna osoba może ich nie dostrzec. Z największą przyjemnością się tych badań „pozbędę”. Generuje to dużo pracy podczas negocjacji itd. Mam jedynie wątpliwości, czy Uczelnia będzie tak ochoczo prowadziła niekomercyjne badania kliniczne, gdzie zapłata jest na poziomie dwustu zł od pacjenta, gdzie kierownikowi kliniki mówię, że ja nie chcę tych pieniędzy, wolę to zrobić honorowo, bo to po prostu urąga wszelkim zasadom uczciwości. Jednocześnie są to badania bardzo mocno finansowane przez NCBR i czasem mam głupie myśli, co do przepływu tych pieniędzy i wolałbym to zrobić zupełnie gratis, a nie za przeproszeniem za dwieście złotych, zwłaszcza, że to nakłada czasem obowiązki, np. mam kupić leki z budżetu NFZ. Personel szpitala ma sobie oznakowywać butelki, leki, kupowane z własnych środków dlatego, że są używane do programu. Mam nakładać obowiązki na aptekę szpitalną, bez jakiegokolwiek wynagrodzenia dla pracowników lub finansować go z własnych środków, a nie tych pochodzących z programu. Odmawiam takich rzeczy, bo nie będę obciążał innych komórek bez zapłaty za to. W takich przypadkach to kierownik kliniki musi podpisać oświadczenie, że jego personel tj. pracowników kliniki będzie dokonywał tego typu oznaczeń. Trudno brać na siebie dodatkowe obowiązki, bez zapłaty.

AM. Porozmawiajmy o dydaktyce w szpitalu klinicznym. W jaki sposób szacuje Pan koszty działalności dydaktycznej?

Wchodzi Pani w bardzo niebezpieczny obszar dla Dyrektora Szpitala, bo niestety uczelnia, co byłoby proste, mogłaby zapłacić jakąś kwotę za godzinę funkcjonowania studenta w szpitalu. Takiego systemu nie ma. Uczelnia przekazuje część dotacji z Ministerstwa Zdrowia, jakiś jej fragment. Są to pieniądze nieoznaczone. Generalnie nasza uczelnia bardzo mało daje szpitalom klinicznym, w związku z powyższym tu się rodzi określony problem. Szczerze powiedziawszy w żaden sposób nie zwraca to kosztów dydaktyki. Oprócz tego dotacja Ministerstwa Zdrowia dotyczy studentów studiów stacjonarnych, a gdzie jest opłata za studentów niestacjonarnych, anglojęzycznych itd. Uczelnia tego problemu nie widzi i dodatkowego grosza nie dostajemy. Wszystkie szpitale kliniczne dostają mniej więcej równą kwotę 80 tys. zł. rocznie. Ja otrzymuję troszkę więcej, ponieważ w momencie wejścia w życie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu, Uczelnia musiałaby ponosić dużo większe koszty, a pielęgniarki nie zgodziły się darmowe prowadzenie tych zajęć. Zaproponowałem Uczelni, że ja będę wypłacać im dodatkową premię finansowaną przez Uczelnię. Pielęgniarki robią to jednak przecież w godzinach pracy, ale trudno im w zakresie obowiązków narzucać zakres czynności uczelnianych. Wiele pielęgniarek nie podpisałoby aneksów zmieniających za porozumieniem stron, Szpital musiałby dać wypowiedzenia zmieniające, a to spowodowałoby rozwiązanie szeregu umów. Ja to rozliczam premiami raz do roku. To jest u mnie w szpitalu ustalone sprawiedliwie, każda pielęgniarka wie jak będzie rozliczana, a nadzoruje to pielęgniarka naczelna. Wolałbym bardziej ustalenie parytetu przez uczelnię, mój szpital może mieć studentów mniej np. niż Przybyszewski, a dotację mamy najprawdopodobniej równą. Po ustaleniu parytetów obawiam się, że nie wyszłoby 80 tys. zł. Co prawda nie zasięgałem dokładnych informacji, jak jest to w innych ośrodkach klinicznych, ale dyrektorzy szpitali sygnalizują większe kwoty. Może to jest kwestia tego, że w jakimś ośrodku jest jeden szpital kliniczny, a u nas to trzeba przeliczyć na pięć szpitali klinicznych. **Ale z uwagi na to, że jest to materia delikatna, w mojej opinii, nie warto jest wojować, bo można naruszyć dobre relacje z uczelnią. Powiedzmy szczerze, że życzliwość i przychyłność uczelni jest dużo więcej warta. Dzięki temu uda mi się mieć wsparcie dla inicjatyw, dlatego rozważam to w kontekście korzyści, które uzyskam dla szpitala w ramach dobrej**

współpracy z uczelnią. Nie ukrywajmy, że niektórzy dyrektorzy obawiają się też kwestii odwołania – bo to Rektor mianuje i odwołuje dyrektora szpitala.

AM. Panie Dyrektorze - jakby Pan wskazał, że wśród tych wszystkich czynników zewnętrznych które mają wpływ na szpital - abstrahując już od organu założycielskiego - wszystkie inne to jaki czynnik wskazałby pan jako najważniejszy, który będzie warunkować to w jaki sposób Pan będzie zarządzał szpitalem i potem na świat?

Hipotetycznie to jest proste. **Najważniejszym czynnikiem, który będzie determinował zarządzanie szpitalem jest płatnik, czyli NFZ i Ministerstwo Zdrowia oraz sposób wyceny procedur. Pediatria jest generalnie słabo wyceniona i wobec tego rodzi to określone problemy. Trzeba bardzo twardą ręką zarządzać, dzięki czemu nie mamy zobowiązań, szereg szpitali pediatrycznych ma duże. Ale gdzieś i tak dochodzi się do tej granicy, że to się skończy.** Tak więc decyduje przede wszystkim Płatnik i sposób rozliczenia. Czasem było tak, że jednym przecinkiem w umowie Kasa Chorych uniemożliwiła rozliczanie całego Oddziału Intensywnej Terapii, robiąc to kosztem wewnętrznym szpitala. Przy czym połowa Kas Chorych w Polsce zaakceptowała rozliczanie oddziałów anestezjologii, połowa nie. Pan Dyrektor Cofta wystarał się o pozytywną interpretację Ministerstwa, a później dyrektor naszej Kasy Chorych zgłosił mnie do CBA i Prokuratury, że ponoć wyłudzam środki od Płatnika. To udało się jednak opanować. Ja wyłamałem się, nie podpisałem umowy z Kasą Chorych, która spowodowałaby, że szpital ponosiłby stratę. Wobec tego przełamałem urzędników Kasy i rozliczyli te hospitalizacje jako koszty indywidualne. **Czasem jeden zapis w umowie może rozwalić cały bilans szpitala. A więc: ogólne warunki umów, sposób rozliczania, poziom wyceny procedur jest tutaj kluczem.** Np. gdybym miał kilka klinik takich jak kardiologia dziecięca to powiem szczerze nie wiedziałbym co z pieniędzmi zrobić. Jak natomiast mam takie choroby zakaźne – oddział, który jest oddziałem kluczowym w województwie z punktu widzenia epidemiologii i COVID, kierownik kliniki i pracownicy pracują jak mróweczki, można powiedzieć, że współpraca z tą kliniką jest wzorcowa, ale obojętnie co robią przynoszą z samego założenia i tak ok. 3 miliony straty. Jest to kwestia wyceny procedur i nawet przekształcenie oddziału w covidowy, też w żaden sposób tego nie rozwiązuje. Dlatego przy wielu sytuacjach nie winię kierowników klinik za sytuację od nich niezależną. W jednej z sytuacji w naszym szpitalu jeden kierownik kliniki jest od kilku lat na p.o.. Po wystąpieniu Dyrektora

Szpitala na komisji konkursowej nie przeszedł przez konkurs, nawet nie uzyskał ani jednego pozytywnego głosu w tajnym głosowaniu. To uspokoiło pewne rzeczy i dało określony przykład dotyczący jednak jakiejś roli Dyrektora Szpitala. **Ubiegłoroczna decyzja Pana Ministra o przyznaniu dodatków COVIDowych całkowicie zrujnowała zasady wynagradzania w szpitalu. Spowodowała roszczenia grup zawodowych, skłóciła personel wewnętrznie, bo to prowadziło do paranoidalnych sytuacji, że czasem dwie konsultacje na dyżurze w izbie przyjęć, uprawniały danego lekarza do dodatku i w efekcie jeden dyżur w izbie przyjęć mógł mieć wartość siedemnastu tysięcy złotych (2 od tys. od dyr. +15 tys. dodatku). To doprowadziło do głębokiej patologii, do żądań i do roszczeń różnego typu, które teraz owocują w Krakowie (Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie) składaniem wypowiedzeń (bo my chcemy znaczących podwyżek) i tak dalej. To są m.in ludzie, którzy potracili patologiczne dodatki covidowe. I tą sytuację z ratownikami Pan Minister też sam sobie zawdzięcza, a wystarczyło po prostu zastosować zasadę proporcjonalności, o czym rozmawiałem w lutym z szefem sejmowej komisji zdrowia. Proste rozwiązanie: masz dyżur, dostajesz za ten dyżur dwa razy więcej, a nie za cały miesiąc. Poszło na to ok. 7 miliardów z budżetu państwa, a posianie fermentu to wyjątkowo negatywny skutek niedopracowania przepisów. Tak więc praktycznie jaka jest wina dyrektora szpitala (w Krakowie dyrektor szpitala podał się do dymisji)? Zdeterminował to Minister Zdrowia swoimi poleceniami, nie słuchając nikogo. To ewidentnie rzutuje na zarządzanie szpitalem. Tak więc formy rozporządzeń Ministra Zdrowia i ich treść oraz zasady kontraktowania i rozliczania są kluczowe.**

AM. Bardzo dziękuję za rozmowę.

21.5. Załącznik nr 5

Wywiad pogłębiony nr 3 udzielony w dniu 28.10.2021 r. przez dr n med. Przemysław Daroszewskiego- Dyrektora Ortopedyczno-rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi w Poznaniu. Rozmowę przeprowadziła mgr Agata Michalak

Wykorzystane skróty: Prz.D. – Przemysław Daroszewski, A.M. – Agata Michalak
A.M.: Jak długo pełni Pan funkcję dyrektora naczelnego szpitala klinicznego?

Prz.D.: Od 1 grudnia 2017 r. Dzisiaj mamy 28 października 2021r. czyli łatwo sobie policzyć.

A.M.: Czy wcześniej zarządzał Pan szpitalem o innym organie założycielskim?

Prz.D.: Tak, przez 15 lat byłem dyrektorem szpitala MSWiA w Poznaniu. Czyli organem założycielskim było Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

AM: W związku z powyższym ma Pan porównanie, czym różni się zarządzanie szpitalem klinicznym, a innym szpitalem?

Prz.D.: W Szpitalu MSWiA również występowały kliniki na tzw. obcej bazie, które powstały w wyniku porozumienia z JM Rektorem UMP, przy akceptacji organu MSWiA, ale porozumienie zawarte było bezpośrednio pomiędzy Dyrektorem Szpitala, a Uniwersytetem i tu już jest pierwsza różnica. Jeśli chodzi o uprawnienia dyrektora jednostki szpitala MSWiA z racji tego, że podmiot tworzący mieścił się w Warszawie, to nie powiem, że była większa swoboda, bo wszystko odbywało się i nadal odbywa w ramach odpowiednich uwarunkowań prawnych, w ramach ustawy o działalności leczniczej, ale wiele uprawnień było przekierowywanych na kierownika podmiotu leczniczego np. takie porozumienia. W MSWiA o inwestycje wnioskuje, negocjuje i w końcu podpisuje umowę dyrektor jednostki z Departamentem Zdrowia, natomiast obecnie – jako dyrektor szpitala klinicznego – to ja podpisuje umowę, ale wnioski, cała ta obróbka wychodzi z Uniwersytetu Medycznego, który występuje do Ministerstwa Zdrowia, wcześniej to ja występowałem od razu do Ministerstwa. Czyli skrócenie, to ułatwia obieg dokumentacji, bo tak jakby jedno ogniwo jest mniej. Im mniej ogniów, tym

łatwiej, im więcej ogniw tym więcej potencjalnych problemów etc. Czyli to jest taka pierwsza sprawa. Druga sprawa – w szpitalu uniwersyteckim występuje podmiot o nazwie np. Rada Klinikistów, takiego podmiotu nie było w szpitalu jak MSWiA. Jako Dyrektor Szpitala MSWiA stworzyłem sam podmiot doradczy o nazwie Rada Doradczą Dyrektora, w skład której wchodził szefowie poszczególnych działów. Nie było takiego tworu, jaki jest w szpitalu klinicznym. Nie oceniam czy to jest dobrze, czy to jest źle. Diabeł tkwi w szczegółach. Jeżeli te relacje są tożsame, ukierunkowane na jeden cel to wszystko jest w porządku. Jeżeli nie było to może nam troszeczkę haczyć. Można by pomyśleć, że kierownik MSWiA jest bardziej ograniczony ze względu na nazwę podmiotu, jednak ta samodzielność była troszkę większa. Poza tym byłem jedynym podmiotem MSWiA na terenie województwa wielkopolskiego. Tu mamy 5 podmiotów i wszystkie 5 podmiotów konkuruje w stosunku do podmiotu tworzącego jakim jest Uniwersytet Medyczny. Tam na terenie województwa nie było i nie ma jednostek, dla których byłby wspólny podmiot tworzący, a moim partnerem zawsze w terenie był Wojewoda. To ułatwiało i utrudniało. W dobie obecnej pandemii, gdzie sprawami epidemii zarządza Wojewoda ten kontakt byłby szybszy i krótszy. Coś na kształt plusów. Teraz minusy. Zawsze istniały problemy w kontekście występowania o środki unijne, jako podmiot utworzony przez organ centralny nie mogłem przekroczyć linii demarkacyjnej. Szpital MSWiA nie mógł korzystać bezpośrednio ze środków WRPO, czy też EFPS czy to w aspektach zakupów sprzętowych, czy to w projektach tzw. społecznościowych. Tutaj Uniwersytet ma podpisaną umowę o współpracy i mam prawo występować o środki i Marszałek może wycofać tę linię demarkacyjną, bo nie jestem podmiotem podległym organowi centralnemu. W przypadku podmiotu utworzonego przez organ centralny mogłem występować tylko o środki z POiŚ. (podobnie jak inne szpitale uniwersyteckie). Czyli to jest ten plus. Czyli możliwość poszukiwania więcej niż jednego źródła finansowania. Z jednej strony większa samodzielność, z drugiej mniej podmiotów, które występują w relacji szpital a podmiot zewnętrzny.

A.M. : Wspomniał Pan o Radzie Klinikistów. Jak często Rada spotyka się?

Prz. D.: Rada Klinikistów powołana jest przez Rektora, Przewodniczącym jest Pełnomocnik Rektora ds. szpitala spotyka się średnio raz na kwartał, a więc cykliczność jest zachowana.

A.M. I nie ma innego organu, który Pan Dyrektor powołał?

Prz. D.: Kiedy tu się pojawiłem zauważyłem coś co było dla mnie wielkim zdziwieniem, a mianowicie brak wspólnej platformy rozmowy pomiędzy kierownikami działów, kierownikami klinik. W związku z tym natychmiastowo wprowadziłem odprawy. Mamy odprawy medyczne, które odbywają się raz na dwa tygodnie. Są to odprawy z szeroko pojętymi kierownikami klinik, czy też innymi szefami działów jak. Np. Pielęgniarka Naczelna, kierownik apteki etc. oraz moi zastępcy czyli tzw. części białej. Dodatkowo wprowadził mój zastępca odprawy z kierownikami części tzw. szarej, czyli z kierownikami administracji. Dla mnie brak takiej platformy było dużą trudnością. Nie było przepływu informacji, tylko były szumy informacyjne. Są określany daty, określony dzień, zaplanowana na cały rok, więc każdy powinien dostosować swój harmonogram. Osobiście uważam, że w każdym podmiocie powinna być możliwość wymiany poglądów. Zawsze wychodzę z założenia, że jeśli kierownik coś wymaga, to ludzie muszą wiedzieć co wymaga. Jeśli nie byłoby takich odpraw to trudno byłoby od kogoś czegoś żądać. Natomiast również po drugiej stronie. Jeśli ja coś przedstawiam, a prowadzę te odprawy, to pracownicy mają możliwość zadać pytanie, poprosić o doprecyzowanie czegoś. Wszystko jest protokołowane, protokoły są przekazywane uczestnikom. Pielęgniarka Naczelna wprowadziła również cykliczne odprawy z pielęgniarkami koordynującymi. Tego też tu nie było. Uważam, że kierownik jednostki powinien dbać o komunikację pionową, ale i poziomą. Teraz epidemia to ograniczyła, ale wprowadziłem również coś takiego, że raz do roku spotykam się ze wszystkimi pracownikami tego szpitala. To są spotkania, które odbywają się w naszej największej sali konferencyjnej. To są spotkania z „alfabetycznie ułożonymi pracownikami”. Na przykład o godzinie 8:00 dzisiaj spotykamy pracownikiem na literę A, później B i to specjalnie nie z grupami zawodowymi, bo spotkanie z grupami zawodowymi to jest coś zupełnie innego i to jest trudne do zorganizowania, natomiast to jest spotkanie ze wszystkimi, każdy pracownik może zadać pytanie, a ja proszę żeby pytania były przekazywane wcześniej, żebym mógł przygotować odpowiedź. Można zadać pytanie też przez swojego kierownika. Na każde pytanie odpowiadam. Wolę żeby te pytania były wcześniej przekazane żebym odpowiedzi przygotował, bo jeżeli otrzymam pytanie z sali, na które nie znam odpowiedzi to nie byłoby sensu. Wychodzę z założenia, że nie ma głupich pytań są tylko głupie odpowiedzi. Zawsze spotkania te odbywały się raz do roku. W tym roku epidemia nam to ograniczyło, mimo że jesteśmy szpitalem który umiał w miarę skutecznie bronić

się przed COVIDem. A więc odpowiadając na Pani pytanie czy stworzyłem sobie jakąś grupę, to nie stworzyłem grupy tylko wdrożyłem pewną cykliczność spotkań wielu zespołów zarówno tematyczny jak „stanowiskowych”. Oczywiście kierownicy klinik spotykają się ze sobą np. w sprawach dydaktycznych, naukowych etc. natomiast z mojej strony te osoby ze mną współpracują, mają sygnał i informację z mojej strony i oczekuję potem również komunikacji z ich strony.

A.M. To bardzo oryginalne, to spotkanie z wszystkimi pracownikami.

Prz. D. To kosztuje czasu, bo w Szpitalu mamy zatrudnionych ponad 800 osób. To wymaga czasu, organizacji, żeby szpital stale funkcjonował dlatego tak to robimy. No myślę, że gdy COVID nas porzuci wrócimy do tych spotkań. Proszę mi wierzyć, że czasami pytania, które otrzymuje wyraźnie wskazują na to, że ktoś gdzieś kiedyś zaniedbał przepływ informacji.

A.M.: Przechodząc do tych uwarunkowań wewnętrznych wpływających na zarządzanie szpitalem klinicznym. Gdyby Pan dyrektor mógł wskazać jeden, bądź kilka takich obszarów, które rzeczywiście mają realny wpływ na Pana sposób zarządzania.

Prz. D.: No to już troszeczkę nawiązuje do tego co przed chwilą Pani powiedziałem. Uważam, że podstawą ~~tego~~ zarządzania jest przepływ informacji. Jeżeli walczymy wspólnie o zwiększenie kontraktu, to nie wyobrażam sobie żeby o ten kontrakt walczyła wąska grupa ludzi bez współpracy z tymi osobami, które ten kontrakt będą wykonywały. Wszystkie tematy związane z NFZ, z wykonaniem kontraktu, poszczególnych wartości ryczału są przekazywane. Komunikacja i jeszcze raz komunikacja. Mój gabinet jest zawsze otwarty dla każdej osoby, mój telefon komórkowy ku radości mojej rodziny jest czynny całą dobę. Więc myślę, że jakieś uwarunkowania zewnętrzne to przede wszystkim niedopuszczenie do jakichś szumów informacyjnych, niedopuszczenie do tego, że ktoś będzie uważał że ma najbliższy kontakt z dyrektorem, będzie opowiadał niestworzone rzeczy, które są bzdurami. To jest niestety częsty objaw i jest to niestety cecha charakterystyczna pewnych grup. Zawsze ktoś się znajdzie, kto będzie chciał stworzyć nimb swojej wiedzy i czasami rozsyła informacje które są bezsensowne. W związku z tym takim najważniejszym dla mnie uwarunkowanie wewnętrznym jest jak to mówią nasi kochani politycy jasny i transparentny sposób przekazywanie informacji. No i jeszcze

jedna rzecz, ktoś kiedyś powiedział ponoć jest to moja cecha zarządzania – uważam, że lepiej jest podjąć decyzję i jakby to powiedzieć, może się okazać po czasie, że była to decyzja błędna, niż nie podejmować decyzji i siedzieć i myśleć w kącie, co by było gdybym taką decyzję podjął. Staram się nie uciekać od podjęcia decyzji, uważam że nie podejmowanie decyzji jest też decyzją. Czyli tak jak powiedziałem komunikacja, informacja, wspieranie zarówno części białej, jak i szarej. Bo czasami niektóre osoby są trudne do współpracy. Jeśli ja postawię przed kimś zadanie, a ta osoba nie może go wykonać bo ktoś tam mu utrudnia, no to jeśli mam wymagać wykonania tego zadania to muszę stworzyć warunki do jego wykonania. I myślę, że w miarę tej współpracy, tych 3 lat, co nie uważam, że jest to wystarczający czas aby się poznać, ludzie wiedzą, że jeśli jest jakiś problem z którym nie mogą sobie poradzić, to mogą przyjść do mnie z nim, nie dostaną od razu podsumowania z mojej strony, tylko proszę usiądźcie, zastanówmy się jak ten problem rozwiązać. Jeśli takie uwarunkowania wewnętrzne to informacja. Staram się dać jak najwięcej uprawnień „w dół” i w konsekwencji móc wymagać od ludzi i oczekiwać ich odpowiedzialności za podejmowane decyzje, czy składane propozycje rozwiązań. Jeżeli mam jakiegoś kierownika działu, albo kierownika sekcji to powinien on mieć te uprawnienia, prawo do działania, ale to utożsamia się z ponoszeniem odpowiedzialności. Zawsze jednak uważam, że szpital ma jednoosobowego przedstawiciela, a więc staram się żeby ważniejsze rzeczy, które „wychodzą na zewnątrz moje oczy widziały”, oczywiście nie mówię tu o jakichś drobnych kwestiach. A więc delegowanie do niższego szczebla. Trzecie uwarunkowanie to staram się, aby kierownicy, nie byli tacy „trójkowi”, bo taki kierownik jest zmorą organizacji, bo nie dopuszcza on dobrych pomysłów, dobrych pracowników, bo boi się, że zostanie przez nich „wykolegowany”. Dlatego ja przyglądam się kierownikom, przyglądam się takim sytuacjom, tak żeby kierownicy podobnie jak ja funkcjonowali – wymagali, ale pomagali żeby ludzie coś osiągnęli.

A.M.: Gdybyśmy mogli przejść do zarządzania kadrami w Szpitalu. Gdyby Pan scharakteryzował główne różnice w kontekście zarządzania kadrami w szpitalu klinicznym, a w innym szpitalu.

Prz.D.: W szpitalu klinicznym możemy mieć pewien problem, bo mamy dualizm stanowisk. Bo mamy kierownika kliniki i mamy teoretycznie ordynatora oddziału i to nam ustawa wskazuje. W związku z tym staram się, i umożliwia to organ tworzący, np.

konkursy na stanowiska kierownikach klinik w swoim statutowym składzie mają zawsze dyrektora szpitala. I to jest bardzo charakterystyczne, bo za każdym razem organizator tego konkursu czyli Prorektor ds. klinicznych bierze pod uwagę głos kierownika (Dyrektora szpitala), z którego jest dany kandydat, ma on aktywny głos. Trudno mi było, a nawet nie wyobrażam sobie sytuacji takiego dualizmu, że kto inny miał być kierownikiem kliniki, a kto inny ordynatorem. Zarządzając kadrą szpitala klinicznego dyrektor jednostki musi mieć z tyłu głowy, że zadania, które wykonują pracownicy są często rozdzielone na wykonywanie pracy na rzecz szpitala i dla uczelni. Za moich czasów, kiedy pracowałem za młodu w Szpitalu przy ul. Przybyszewskiego był podział na godziny usługowe i godziny kliniczne. Taki podział jest trudny, bo kierownik kliniki wykonując swoją pracę, w szpitalu w którym zarządzam to przecież głównie zabiegi operacyjne, dla mnie bardzo trudno jest to rozdzielić, pracę kierownika kliniki od pracy w szpitalu. Oczywiście dziś jesteśmy w czasach gdzie lekarze funkcjonują w ramach umów cywilno-prawnych. Jestem przeciwnikiem umów cywilno-prawnych godzinowych, bo dla mnie umowy cywilno-prawne w tym momencie to jest jakieś „obejście” Kodeksu pracy. Staram się, aby te umowy były w zależności od wykonywanej pracy, czy np. temat zabiegowy to umowa cywilno-prawna za wykonanie tej pracy, a nie za bycie w tej pracy. Jeszcze dodam coś takiego, że jedną z moich pierwszych decyzji była likwidacja ewidencji czasu pracy. Była taka skrzyneczka i tam się każdy odbijał, kadry siedziały i rozliczały czas pracy. Pracownicy wiedzą po trzech latach, że jeżeli pojawiłby się z powrotem ten system rozliczania czasu pracy to Daroszewski nie jest już dyrektorem. Bo dla mnie jest to absurd zupełny, ponieważ ja staram się rozliczać ludzi z pracy, a nie z siedzenia w pracy. Takim argumentem mojej decyzji było to, że swojego czasu wychodziłem z pracy, a czytnik kart był przy rejestracji. Patrząc, a tam tłum ludzi siedzi, 14:30 wybiła, ten tłum wstał żeby się odbić. Nie lubię takiego czegoś, dla mnie to jest bez sensu. Nie interesuje mnie czas pracy. Kierownik ma tak zorganizować pracę działu, że ma to wszystko funkcjonować, a obecność pracownika może być skrócona, to on o tym decyduje. Oczywiście budzi się we mnie lew kiedy ktoś występuje nagle o nadgodziny, a tutaj codziennie jest w pracy o 8, nie o 7. Jeśli chodzi o oddziały, to rola w przypadku pielęgniarek – pielęgniarki oddziałowej, Naczelnej Pielęgniarki. Jeśli chodzi o lekarzy to mają płacone za wykonane procedury, jeśli wykonają tylko swoją procedurę i znikają z oddziału, a personel szuka lekarza no to tak jak powiedziałem budzi się we mnie lew. Natomiast staram się mimo, że niedługo będzie już 20 lat bycia mojego dyktowania szpitalem nie tracić zaufania do ludzi i podtrzymuje to jeszcze. Chcę

bardziej zarządzać wykonywanymi zadaniami, niż tym żeby ktoś siedział w pracy. Szpital kliniczny ma taką specyfikę czyli tak jak powiedziałem staram się tak to prowadzić żeby w przypadku wyboru kadry klinicznej czyli akademickiej nie było tutaj rozbieżności.

A.M.: Biorąc pod uwagę to że Pan Dyrektor spotyka się ordynatorami klinik na pewno omawiacie bieżącą działalność, realizowanie kontraktu w ryczałcie, poza ryczałtem czy każdy z kierowników kliniki ma jakiś przyznany limit wyrobienia kontraktu? Proszę opowiedzieć o tym.

Prz. D.: Raz na tydzień każda jednostka, która wykonuje kontrakt dostaje informację. Ja mam to codziennie, jak coś się dzieje to zaraz tam jestem. Raz na tydzień każdy otrzymuje realizację kontraktu- wartościową i procentową, otrzymuje informacje czy ma nadwykonania czy niedowykonania, czyli informacje ile musi wykonać do końca miesiąca, aby zmieścić się w kontrakcie. Takie zarządzanie spowodowało, że w 2020 mieliśmy w ryczałcie wykonany kontrakt na poziomie 99,95% - tyle chciałem. Mogliśmy więcej, ale w roku 2019 oddział WOW NFZ nie zapłacił nam za nadwykonania, za świadczenia wykonane na ortopedii dziecięcej, a mógł zapłacić i powinien zapłacić – a była to kwota 2 mln zł. W związku z tym powiedziałem mojej kadrze zarządczej, że w następnym roku oczekuję wykonania kontraktu na poziomie 99,99 % i tak zrobiliśmy. Tak jak powiedziałem każdy kierownik kliniki wie ile ma wykonać, ile już wykonał, gdzie jest niebezpieczeństwo, że NFZ nie zapłaci. To spowodowało, że przez ostatnie 3 lata znacząco zwiększyliśmy wartość kontraktu.

AM.: Wydaje się to być bardzo cenne, ordynatorzy mają bieżącą informację.

Prz. D. I nie mogą powiedzieć, że nie wiedzą. I do tego raz na dwa tygodnie wspólnie przepytujemy się nt. naszej wiedzy.

AM.: Jeśli chodzi o strategię komunikacji wewnętrznej to Pan Dyrektor bardzo dużo powiedział, natomiast czy Państwo prowadzicie newsletter albo prowadzicie w gazetkę szpitalną?

Prz. D.: Gazetki szpitalnej nie prowadzimy, ale mamy bardzo aktywną stronę Intranetową. Wszystkie informacje, które dotyczą więcej niż jednej osoby są rozsyłane

drogą mailową. Mamy takie alianse np. lekarze, pielęgniarki, sekretarki medyczne, pracownicy, kierownicy klinik, lekarze kierujący oddziałem. Na przykład kiedy wydaje zarządzenia wewnętrzne to one wszystkie po moim zatwierdzeniu są wysyłane drogą mailową na adres pracownicy i w mailu jest informacja gdzie znajduje się na stronie Intranetowej tekst w całości. Gazetki nie mamy, myślimy na ten temat. Teraz uciekamy, gdzie możemy od papierowych wersji wszystkiego, nawet zamówienia, nawet zgody, akceptujący pracownicy mają podpisy elektroniczne, albo przez epuap. Staramy się minimalizować papier- płace, wynagrodzenia – wszystko jest elektroniczne.

A.M. Czy Szpital ma powołanego rzecznika prasowego?

Prz. D. Nie, jest to moja osoba. Oczywiście jeżeli to są tematy całkowicie medyczne dotyczące jakichś osiągnięć klinicznych to absolutnie oddaję kamerę i mikrofon specjaliście w danej dziedzinie, mam zawsze taką zasadę, że jeśli media wchodzi na teren szpitala to nie mają prawa wejścia bez mojej zgody. Wiem, że niektóre osoby w swojej akademickości uważają, że to nie powinno tak wyglądać. Udało mi się to wypracować, choć udało – może nie powinno to tak zabrzmieć- ale dla naszego wspólnego celu wchodzi tam gdzie uważamy, że mogą. Rzecznika prasowego nie ma, informacje mam z działu marketingu i promocji, jest sekcja promocji i tam są osoby odpowiedzialne za kontakt z mediami w kontekście uroczystości, spotkań. Bardzo dbamy o to, żeby o Szpitalu było dobrze słyhać w kontekście remontów, otwierania klinik, oddziałów. Od 3 lat mieliśmy wiele takich zdarzeń. To wtedy dział promocji to przygotowuje. Natomiast jeśli chodzi o wypowiedzi to jest to kierownik jednostki, rzecznika prasowego nie ma, a co do tematów klinicznych to jest kierownik kliniki.

A.M. A czy szpital ma fanpage na Facebooku?

Prz. D.: Ja jestem „starej daty”, nie uznaje portali tego typu, ale mamy, wyraziłem na to zgodę, mamy kanał na you tube również. Facebook nie wiem może Pani sprawdzić. Ja się nie wypowiadam na ten temat, moje nastawienie do portali społecznościowych jest delikatnie mówiąc zachowawcze, preferuję zawsze kontakt osobisty, a nie wirtualny...

A.M. Panie Dyrektorze, jeśli chodzi o jakość w szpitalu, co Pan uważa na temat różnego rodzaju certyfikacji?

Prz. D. Szpital posiada akredytację, ISO nie mamy. Przedstawiciele CMJ mieli przyjechać w październiku, nadal czekamy na reakredytację. Akredytacja odbyła się w 2018 r. jednak ze względu na planowaną ustawę o jakości nie wiadomo jakie będą losy akredytacji. Tak absolutnie mamy akredytację, dbam o to, walczymy o to. Jest pełnomocnik ds. akredytacji. Ja jestem szefem zespołu, odbywamy spotkania regularnie, średnio raz na miesiąc, jest powołany cały zespół ds. jakości. Członkami tego zespołu są i moi zastępcy, Naczelna Pielęgniarka, kierownicy działów w danym zakresie i na bieżąco prowadzimy te działania.

A.M. A gdyby Pan wskazał, według Pana jako dyrektora co jest tym wyznacznikiem jakości w szpitalu, abstrahując od tych wszystkich certyfikatów które można zdobyć i akredytacji?

Prz. D. Oczywiście mam swój stosunek do certyfikatów, raczej wstrzemięźliwy. Bo uważam, że większość certyfikatów można zdobyć w taki lub inny sposób. Dla mnie wyznacznikiem jakości są takie dwie proste kwestie: jak najmniej spraw w sądzie, no i to nam się udaje bo rzeczywiście mamy tego bardzo bardzo mało, dwa funkcjonowanie Komitetu ds. zdarzeń niepożądanych. Bardzo aktywnie działa ten komitet. Również paradoksalnie ilość zgłoszonych zdarzeń niepożądanych przez pracowników. To jest pewnego rodzaju takim papierkiem lakmusowym i to nie są zgłoszone zdarzenia typu, że 90% tych zdarzeń to są upadki pacjenta, bo to jest kwestia profilu zabiegowego natomiast, jest tu jednak bardzo duża różnorodność i podejście do tego, występuje taka świadomość wśród pracowników. A więc dla mnie jest wyznacznikiem jakości, takim miernikiem jest jak najmniej powikłań, jak najmniej jakby to powiedzieć spraw sądowych czy jakichś takich pretensji. Poza tym jeśli mamy odprawy medyczne co dwa tygodnie to na bieżąco zawsze omawiamy takie sytuacje. Mamy raporty z dyżurów pielęgniarskich i lekarskich, ja je na bieżąco czytam, w związku z tym jeżeli coś widzę to staram się na bieżąco reagować. Jakość z jednej strony to to, że wykonujemy zabiegi jako jedyni w kraju albo jako jeden z dwóch ośrodków z racji naszej specyfiki. W związku z tym jest duża migracja jeśli chodzi o pacjentów spoza regionu. A więc NFZ poznański powinien być szczęśliwy, bo my niesamowicie poprawiamy migrację, bo generalnie w Wielkopolsce w innych zakresach medycznych więcej osób wyjeżdża niż przyjeżdża po świadczenia. Natomiast na pewno przez: ortopedię dziecięcą, ortopedię dorosłych, endoprotezoplastykę, reumatologię to my bardzo podbijamy in plus tę migrację. Ostatnio

rozmawiałem z Panem prof. Samborskim, to jest Kierownik Katedry i Kliniki Reumatologii, który został Prezesem Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i jesteśmy w czołówce jednostek prowadzących programy lekowe w zakresie reumatologii, dawniej byliśmy z tyłu, obecnie jesteśmy już numer jeden w Wielkopolsce. To jest też znak jakości, za tym idzie pacjent, pacjent wybiera. A więc wyznacznikami są takie „żywe” mierniki, nie sztuczne certyfikaty. Mało skarg, mało wniosków do komisji ds. zdarzeń medycznych, a z drugiej strony też rozwój Szpitala.

A.M. Panie dyrektorze jakby Pan ocenił obecną sytuację finansową Szpitala?

Prz. D.: Jako kierownik jednostki mający „korzenie resortowe” Szpital musi się bilansować.

A.M. A czy sytuacja COVID-owa w jakiś sposób wpłynęła negatywnie na budżet Szpitala?

Prz. D.: Paradoksalnie okres pandemii był najlepszym okresem Szpital, mimo że nie jesteśmy szpitalem covidowym, to wykonaliśmy najwięcej zabiegów i procedur. Dlaczego? Na reakcję czy wypowiedzi zarządzających służbą zdrowia, że „zaleca się” wstrzymanie przyjęć to otworzyłem słownik prof. Kopalińskiego i sprawdziłem co to znaczy „zalecać” i tam były ładniejsze słowa niż te używane przez Ministra. W związku z powyższym wprowadziłem bezwzględne restrykcje i przyjmowaliśmy pacjentów. Pierwsze dwa miesiące pandemii było bardzo złe, ale krok po kroku zaczęliśmy nadganiać. W 2020 r. wykonaliśmy najwięcej operacji w przeciągu ostatnich 5, 6 lat. Oczywiście pojawili się pacjenci covidowi, pracownicy również. Działaliśmy restrykcyjnie. Mamy wspaniałego szefa zespołu epidemiologii dr Ozorowskiego, wspólnie z Panią Pielęgniarką Koordynującą p. Marzeną Kozłowską tak to świetnie prowadzą, mają zaufanie moje i ludzie im ufają.

A.M.: W szpitalu klinicznym nieodłącznym elementem jest nauka i dydaktyka. Wskazał Pan już Pana prof. Samborskiego, który prowadzi badania kliniczne. Proszę o komentarz w kontekście prowadzonych przez szpital badań klinicznych.

Prz. D.: Teraz to się zmieniło, powstała Agencja Badań przy Uniwersytecie. Natomiast nadal jako Szpital mamy kilkanaście badań w toku, procedujemy następne 3 badania w

ramach struktur uniwersyteckich. Obszarem, którym prowadzone są badania jest to reumatologia – mamy nawet badania pierwszej fazy, troszeczkę ortopedia również prowadzi badań klinicznych.

A.M.: A jeśli chodzi o prowadzoną dydaktykę, to w jaki sposób odbywa się rozliczenie dydaktyki przez Szpital?

Prz. D.: Uniwersytet bardzo ładnie to prowadzi, niestety my na tym tracimy. Uniwersytet nie pokryje wszystkich kosztów. Ostatnio odbyło się spotkanie u JM Rektora i tam złożyliśmy pewne sugestie. No ale jesteśmy czymś więcej niż normalnym szpitalem realizującym kontrakt z NFZ i trzeba o tym pamiętać i o to dbać. Nie możemy zapomnieć o akademickości. Jestem lekarzem i gdyby nie szpitale kliniczne i Uniwersytet nie byłbym lekarzem. W związku z tym dbamy o tą akademickość, czasami się spieramy, czasami dyskutujemy no, ale to są rzeczy które tylko i wyłącznie wymagają poprawy, wymagają wspólnych rozmów stąd dyskutujemy. Jestem zapraszany przez Przewodniczącego na Radę Klinikistów, który jest Pełnomocnikiem Rektora ds. tego szpitala. Dyskutujemy, spieramy się, kłócimy, ale konsensus osiągamy.

A.M. Został nam ostatni obszar do omówienia. Szpital osadzony jest w systemie ochrony zdrowia, gdzie różne podmioty, różne siły działają na ten podmiot. Gdyby Pan mógł spojrzeć w przyszłość w kontekście prognozy długoterminowej. Jak kształtował się będzie rynek usług zdrowotnych, ale z drugiej strony jak te poszczególne składowe tego systemu będą ewoluować? Co wskazałby Pan jako najtrudniejsze problemy, z którymi dyrektor będzie musiał się zmierzyć w najbliższych latach?

Prz. D.: Bezapelacyjnie tendencja zmiany systemu ochrony zdrowia ~~de~~ w kierunku systemu budżetowego nakazowego, centralnego. Absolutnie de facto do czasu sprzed ustawy o powszechnej ustawie o ubezpieczeniach zdrowotnych, a później ustawy o NFZ. To jest największy problem. I chciałbym żeby to wyraźnie zabrzmiało: bez względu jaka opcja polityczna w naszym kraju rządzi, w naszym kraju jest zawsze brak polityki zdrowotnej jest tylko polityka w zdrowiu, co kolejny rządzący ma swoje genialne pomysły. Każdy przed nim robił to źle, ja będę miał najlepsze pomysły. I teraz tak albo się zdecydujemy - powrót do czasów sprzed systemu ubezpieczeniowego i wprowadzamy system budżetowy, czyli kierownik jednostki otrzymuje budżet i w ramach tego budżetu

pracujemy i nic więcej. Oczywiście jestem tego przeciwnikiem żeby było jasne. W mojej ocenie powinno się modyfikować system ubezpieczeniowy na wzór innych państw, które lepiej radzą sobie z ochroną zdrowia np. Holandia czy Izrael. Uważam, że kolejnym elementem, który dużo by dobrego zrobił byłaby konkurencyjność po stronie płatnika. Obecnie występuje konkurencyjność po stronie świadczeniodawcy, a nie ma konkurencji właśnie po stronie płatnika. Wszystkie kraje, które poznałem, a poznałem dużo systemów ochrony zdrowia wyraźnie stawiają na trzy nogi finansowania świadczeń zdrowotnych: na konkurencyjnych płatnika, na współpłacenie i na świadczenia komercyjne. Podczas tych wspólnych ponad 3 lat przychody tego szpitala ~~były na~~ uległy dywersyfikacji, około 98% pochodziło z NFZ. Teraz mamy około 25/27% spoza NFZ, ponieważ uważam, że żeby bezpiecznie prowadzić szpital to trzeba również dywersyfikować przychody. Idealnie według mojej oceny, ale jest to bardzo trudne do osiągnięcia, żeby 60% to były przychody z NFZ, a 40% z innych źródeł. Czy to są świadczenia w ramach Unii Europejskiej, grantów naukowy, czy współpracy z innymi krajami. Natomiast patrząc na to co się dzieje i systemu nakazów, „ustalanie wynagrodzeń”, system nakazowy monopolistycznego płatnika to są te niebezpieczeństwa, które utrudniają i coraz bardziej będą utrudniać. Czyli to co powiedziałem polityka w zdrowiu a nie polityka zdrowotna. I to dotyczy wszystkiego, również polityki kadrowej, ilości miejsc specjalizacyjnych, ograniczenia tych miejsc, rezydentury, sztywne ustalenia wynagrodzeń dla jednej grupy zawodowej jakby się zapominało, że nagle druga grupa nie „obudzi” się z tego powodu. To są główne błędy polityczne i to jest dla mnie najgorszy problem jaki może być.

A.M.: Dziękuję za rozmowę.

21.6. Załącznik nr 6

Wywiad pogłębiony nr 4 udzielony w dniu 5.11.2021 r. przez dr hab. med. Szczepana Cofte- Naczelnego Lekarza Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu oraz Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święckiego w Poznaniu; były Dyrektor Naczelny Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu, do czerwca 2021 r. Dyrektor Naczelny Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu.

Rozmowę przeprowadziła mgr Agata Michalak

Wykorzystane skróty: S.C.- Szczepan Cofta, A.M. – Agata Michalak

A.M.: Panie Dyrektorze bardzo proszę powiedzieć, jak długo jest Pan dyrektorem szpitala klinicznego?

S.C.: Współzarządzam szpitalem od około dwudziestu lat. Nigdy nie mówię nie mówiłem: *zarządzam* gdyż takie powiedzenie byłoby może nie tyle zarozumiałe, ile pozbawione pokory. Szpital jest zawsze dziełem wspólnym, z dzieloną odpowiedzialnością.

A.M.: Wiem, że nie ma Pan doświadczenia w zarządzaniu szpitalem z innym organem tworzącym, ale - tak według swojej intuicji - co wskazałby Pan za taki czynnik wyróżniający zarządzanie szpitalem klinicznym od zarządzania innym podmiotem leczniczym w kontekście organu tworzącego?

S.C.: Bezwzględnie związany jest to z poszerzoną misją szpitala klinicznego, która jest trojaka. Oprócz opieki nad pacjentami, również sprawa nauki oraz dydaktyki. Wyraziliśmy to bardzo mocno w swojego rodzaju motto, czyli określając misję Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego*, jakim jest: *Salus agreoti, educatio, scientia*. To przyjęte przed około piętnastu laty, albo i więcej, określenie, bardzo wyraziście ukazuje złożoność szpitala klinicznego.

A.M.: Przechodząc już do tych obszarów, których dotyczy praca doktorska,. Czy zechciałby Pan Dyrektor wskazać które - według Pana - uwarunkowania zewnętrzne,

wpływające na zarządzanie szpitalem klinicznym, są kluczowe w kontekście codziennego zarządzania.

S.C.: Jest nim bezwzględnie kontakt z organem tworzącym czyli przede wszystkim z Rektorem. Kluczowym dla sprawnego funkcjonowania jest wzajemne zrozumienie i zaufanie z Rektorem, który w chwili obecnej ma niezwykle silną pozycję, ma niebywale silną moc sprawczą, wybitnie dominujące umocowanie prawne. W związku z tym ta relacja jest rzeczą kluczową. Oczywiście pozostaje pytanie, na ile zewnętrznymi czynnikami jest kadra, która pozostaje w relacji szpitalnej, ale jednocześnie pozostaje w relacji z organem założycielskim. To podwójnie uwarunkowane rodzi swoje konsekwencje, które są niezwykle istotne dla praktyki klinicznej. Z jednej strony podwójne uwarunkowanie sprawia, że łatwiej dyrektorzy szpitali klinicznych, nie tyle dają się namówić, ile proponują strategię zarządzania miękkiego związanego z zachowanymi partnerskich i współtworzących relacji z pracownikami zarówno szpitala, jak i uczelni, z drugiej jednak strony ryzykuje to swego rodzaju paraliżem zarządczym. Dyrektor szpitala klinicznego nie ma zasadniczo wpływu na powołanie dużej części zarządzających jednostkami. Jednocześnie jest narażony na pośredni wpływ osób, które mogą teoretycznie próbować za pośrednictwem władz uczelni wpływać modyfikująco na decyzje związane z zarządzaniem szpitalem.

A.M.: Poruszył Pan kwestie zarządzania kadrami w tych obszarach też zewnętrznych. Nie powiedział Pan nic o Płatniku ani regulatorze czyli Ministerstwie Zdrowia. Jaki codzienny wpływ mają te dwa elementy?

S.C. Nie mają bezwzględnie bezpośredniego wpływu. W mojej opinii - rola dyrektora szpitala, dla zachowania bezpieczeństwa systemu, powinna być bezwzględnie wzmocniona.

A.M. Odnoszą się do Pana wypowiedzi dotyczącej zarządzania kadrami jako głównego czynnika związanego z trudnościami w zarządzaniu: czy problemem jest dualizm zatrudnienia?

S.C. Dualizm zatrudnienia nie jest sam w sobie problemem. Problemem jest jedynie to, że zasadniczo bardzo trudnym jest przeciwstawienie się tendencji do uznawania jako

priorytetowych kryteriów naukowych i dydaktycznych w zarządzaniu oddziałami szpitalnymi. Wydaje się że dla bezpieczeństwa sprawności działania systemu opieki zdrowotnej bezwzględnie kryterium podstawowym powinno być kryterium sprawności merytorycznej i organizacyjnej w diagnozowaniu, leczeniu i profilaktyce pacjentów. Rozmycie w tym zakresie i przyjęcie innego prymatu sprawia, że szpitale kliniczne ryzykują, że mogłyby się stać w swoich częściach ekonomicznie, prawnie, organizacyjnie i finansowo niesprawne i nieoptymalnie zarządzane.

A.M. Czy możemy przejść teraz do obszaru komunikacji w szpitalu? Czy Pan Dyrektor zechciał powiedzieć, w jaki sposób postrzega komunikację wewnętrzną w szpitalu i jakie są jej główne priorytety dla Pana?

S.C. Bezwzględnie skuteczna komunikacja wewnętrzna jest jednym z warunków sukcesu. Olbrzymim ryzykiem działalności szpitala jest udzielanie informacji częściowych, niepełnych. Z psychologicznego punktu widzenia istnieje pewne ograniczenie, że myślimy, że inni wiedzą to samo, co my. I kierują się naszymi kryteriami, zasadami. Stąd nacisk na wewnętrzną komunikację, która jest podstawowym elementem skuteczności funkcjonalnej. Nie ukrywam, że od dwudziestu lat szukam optymalnych rozwiązań w tym zakresie. Tymi rozwiązaniami są możliwe otwarte odprawy, podczas których powinna być przestrzeń wymiany informacji i dyskusji, nawet w większej mierze niż dwustronne spotkania z kierownikami tzw. średniego szczebla. Obszarem komunikacji musi być sprawy Intranet, chociaż wymaga on dużego dojrzewania i odpowiedzialnego kierowania. Olbrzymią rolę przywiązuje do komunikacji za pomocą listów kierowanych do poszczególnych grup pracowniczych w formie okresowych informacji. Na przykład w przypadku personelu medycznego kieruję wiadomości od ponad dwudziestu lat kilkukrotnie w ciągu miesiąca oraz w sytuacjach nadzwyczajnych nawet częściej. Nie ukrywam, że dużą trudnością i troską o to było i jest kompletowanie właściwej listy adresatów. Trudno powiedzieć, czy odzew jest duży, czy też mały. Natomiast nie można zarzucić takiej sytuacji, że informacja nie została przekazana. Oprócz tego przywiązuję dużą wagę, choć wiem, że nie wszyscy się z tym zgadzają, do publikatorów typu periodyk szpitalny.

A.M. Spotkania - czy może Pan powiedzieć coś na temat spotkań w grupach? Spotkań poszczególnych ordynatorów, kierowników?

S.C. Bezwzględnie powinno się dbać o przewidywalność i kompletność spotkań z poszczególnymi grupami pracowniczymi. Wiem, że nie ma na to często zbyt dużo czasu, ale spotkanie rady medycznej, rady ordynatorów, spotkania okresowe pielęgniarek oddziałowych, spotkania też doraźne lub te planowo zarządzane, w związku z tym, że szpital znajduje się w różnych budynkach, sprawności organizacyjnej w zakresie danej części szpitalnego budynku, czy danej specjalności, są bardzo ważne. Nie ma praktycznie zbyt dużo czasu, ale dobrym zwyczajem byłoby, nie udało mi się tego do końca wprowadzić, żeby każdego tygodnia odwiedzać jedną z jednostek szpitalnych tak, żeby jeszcze raz rozeznaczyć w gronie szerszym, dyrekcji, problemy i wyzwania poszczególnych jednostek. Otwartość takiej komunikacji buduje perspektywę szpitala, buduje wspólny język komunikacji, wspólną wiedzę dotyczącą wyzwań szpitalnych i sprawia, że szpital działa w sposób bardziej harmonijny.

A.M. Jeśli chodzi o strategię komunikacji zewnętrznej, to szpital posiada Facebooka, ma filmy na Youtube. Dziś szpital założył konto na Twitterze. Czy chciałby Pan dodać jeszcze jakiś komentarz w zakresie komunikacji zewnętrznej szpitala?

S.C. Szpital prowadzi periodyk szpitalny *Nowiny Szpitalne*. On ma cechy nie tylko wewnętrzne, ale i ma zewnętrzny charakter. Szpital kliniczny ma olbrzymie pole do popisu w komunikacji zewnętrznej związane z samą istotą tego, co się w nim dokonuje. Na przykład jako szpital uczestniczyliśmy w działaniach antynikotynowych, które są istotne też w kontekście harmonii współżycia społecznego. Bierzymy udziału w zakresie wykładów otwartych. Powinniśmy tworzyć też przestrzeń komunikacji związanej jest audycjami radiowymi i telewizyjnymi. Tutaj panuje pewna dywersyfikacja, ale potencjał jest tak wielki, że chociaż okresowe, systematycznym program telewizyjny, zdrowotne, w dużej mierze są proponowane i wytwarzane dzięki siłom poszczególnych jednostek szpitala. Potencjał jest taki wielki, że aż nie raz wydaje się, że ten potencjał zalewa informacją, medyczną przede wszystkim, środowisko miasta i regionu. Komunikacja zewnętrzna dotycząca przekazywania wiadomości, też bardzo sprawnego przekazywania komunikatów prasowych, jest też niezwykle istotnym elementem zarządzania. Z praktyki wiem, że przekazywanie systematyczne i kompetentne informacji związanych z tym, co dobrego dzieje się w szpitalu, procentuje tym, że tworzy się dobry wizerunek szpitala, tworzy się dobrą atmosferę, tę zewnętrzną, która ma też przełożenie na budowanie

dobrego swego rodzaju ducha wewnętrznego szpitala. Te rzeczywistości w dużej mierze się ze sobą przenikają.

A.M. Szpitalu ma rzecznika prasowego. Jakie były przesłanki, żeby takiego rzecznika powołać?

S.C. Przesłanki związane z dużym zainteresowaniem szpitalem środków przekazu. Generalnie sprawny rzecznik prasowy ma za zadanie koordynowanie komunikacji zewnętrznej. Z jednej strony realizowanie celów planowych związanych z aktualizacją strony internetowej, periodyku szpitalnego, narzędzi nowoczesnej komunikacji. Oczywiście jego rola jest niezwykle trudna i ona musi zgadzać się z rolą medialną budowaną przez zarówno członków dyrekcji, jak i poszczególnych szefów oddziałów, czy osoby je reprezentujące ze względu na olbrzymie bogactwo. Szpital, będąc szpitalem tradycyjnym, jest również szpitalem innowacyjnym. W dobrze funkcjonującym szpitalu klinicznym niemal każdego tygodnia można ukazać coś, co jest twórcze, coś, co jest nowością, co stanowi bogactwo funkcjonowanie tego szpitala.

A.M. Przechodząc do spraw finansowych chciałabym się zapytać, jak Pan Dyrektor uważa. Czy kierownicy poszczególnych klinik zdają sobie sprawę ze swojej roli menedżerskiej w kontekście zarządzania kontraktem oddziału, poradni i czy mają możliwość realizowania się w kontekście tego zarządzania?

S.C. Bezwzględnie można powiedzieć, że szefowie oddziałów, wolałbym żeby to byli ordynatorzy oddziałów powoływani z konkursów, choć nie zawsze udaje się to dopiąć, żeby wykazywali kompetencje odpowiedzialności finansowej, ekonomicznej w ujęciu swojej roli medycznej. Tak jak rola medyczna jest często niezwykle łatwo rozpoznawana i realizowana, tak w sposób bardzo różnorodny lekarze kierujący oddziałami interesują się i też wpływają na sposób funkcjonowania swoich jednostek. Niezależnie jednak od postawy lekarzy kierujących oddziałami, którym - jak mi się wydaje - powinno się pokazać perspektywę ewolucji i dojrzenia w tym zakresie – jednym z podstawowych obowiązków dyrekcji jest przygotowanie i prezentowanie okresowe struktury przychodów, kosztów, a także rentowności procedur, perspektywy ekonomicznej związanej z przedłużonym pobytem pacjentów, reoperacjami, powrotami wskutek powikłań. Tak samo lekarz kierujący oddziałami powinni mieć całkowitą świadomość

odpowiedzialności osobowej związanej z kosztami zatrudnienia każdej z grup personelu. Podejście do zarządzania personelem powinno być na tyle odważne i dojrzałe, że lekarz kierujący oddziałem powinien - wraz z dyrekcją - podejmować dzieło i odpowiedzialność tworzenia i odpowiedniego kształtowania zarówno w ilości, jak i merytorycznej dojrzałości zespołów, przede wszystkim lekarskiego, ale też każdego innego.

A.M. Przechodząc do kwestii jakości w szpitalu klinicznym. Gdyby mógł Pan powiedzieć, co - według Pana - jest miernikiem jakości w szpitalu klinicznym, ale również w ogóle w każdym szpitalu?

S.C. Osobiście akceptuję system jakości, jaki związany jest z wprowadzeniem akredytacji. Dyrektorzy szpitali klinicznych powinni w sposób twórczy współuczestniczyć w jego tworzeniu i powinien on być elementem twórczego wspomagania dobrej jakości wykonywanych usług, jednakże z zachowaniem pewnej odrębności dotyczącej szpitala klinicznego, przy unikaniu tak zwanej *macdonaldyzacji* medycyny, zwłaszcza w kontekście szpitala klinicznego. Jakość jednak w swojej praktyce rozumiałem i rozumiem nieco szerzej niż przekazywane parametry niezwykle ważne przez system akredytacyjny. One powinni być dopełnione, оголоcone - na ile to możliwe - z obowiązków dokumentacyjnych i zalewu informacji pisanej, sprawozdawczej. Jednakże jakość w opiece zdrowotnej jest swojego rodzaju, nie boję się tego powiedzieć, też tchnieniem ducha w procedury, w schematy organizacyjne, w schematy działania, czego wymiarem jest codzienna posługa ciężko pracujących osób, zarówno w kontekście działalności medycznej, administracyjnej, jak i pomocniczej.

A.M. Przejdźmy do obszaru nauki w szpitalu klinicznym. Szpital realizował dotychczas wiele badań klinicznych. Jak Pan Dyrektor mógłby skomentować tę działalność w szpitalu klinicznym?

S.C. Bezwzględnie szpital kliniczny jest miejscem prowadzenia badań naukowych. One są związane z jednej strony z nurtem wewnętrznym związanym z działalnością uczelni, a także badaniami klinicznymi zewnętrznymi. Tutaj te dwie rzeczywistości przenikają się. Koszty często są niewyrażone i nieokreślone w przypadku braku zewnętrznych źródeł finansowania, co ryzykuje przerzucaniem pewnej części kosztów badań naukowych na szpital. Bardziej klarowna forma związana jest z zewnętrznymi badaniami klinicznymi,

które wymagają właściwej wyceny, właściwej negocjacji i uregulowań prawnych przede wszystkim określających sposoby finansowania, zwłaszcza w kontekście kontraktu z NFZ i obowiązkami płatnika.

A.M. Przejdźmy do obszaru dydaktyki w szpitalu klinicznym. Szpital kliniczny gości wielu studentów. Jak ten obszar rzutuje na zarządzanie szpitalem i czy może Pan wskazać najtrudniejsze tematy z tym związane?

S.C. Jest olbrzymim zaszczytem i radością gościć studentów, którzy dojrzewają do zawodów medycznych w szpitalu klinicznym. Jest to jedna z podstawowych powinności. Wydaje się jednak, że bardzo trudnym jest uchwycenie kosztów dydaktyki, które ryzykują przerzucaniem na struktury szpitalne. Wyrażanym od wielu lat faktem jest spolegliwość dyrektorów szpitali odnośnie ewentualnego egzekwowania kosztów tej działalności. Realizacja związana jest ze współodpowiedzialnością uczelni jako organu tworzącego. Nie powinno być konfliktu w tym zakresie, choć trzeba wprost przyznać, że sam sposób przekazywania pieniędzy przez organ założycielski i uzależnienie dyrektora od organu założycielskiego może budzić pewne wątpliwości, a przynajmniej rozpoczynać pewną przestrzeń dyskusji dla właściwego finansowania dydaktyki w szpitalu klinicznym.

A.M. Na zakończenie proszę o komentarz dotyczący prognozy długoterminowej. Co według Pana będzie kluczowe w kontekście wpływu na zarządzanie, w jaki sposób będzie zarządzany szpital?

S.C. Pierwszym elementem jest tworzenie dojrzałej, zgodnej z interesem nie tylko szpitala i uczelni, ale szeroko pojętej społecznym działaniem kadry - personelu zarządzającego jednostkami szpitala. Umiejętność połączenia wiedzy medycznej z elementami wiedzy ekonomicznej, prawnej. Nie ukrywam, że niezbędne byłoby wzmocnienie roli dyrektorów szpitali klinicznych dla bezpieczeństwa systemu opieki. To są dwa podstawowe wyzwania. Nie ukrywam, że dla mnie osobiście największym wyzwaniem jest zapewnienie odpowiedniej jakości świadczonych usług medycznych. Rozumiem to przez to sytuacje, w której pacjent jest otoczony troskliwą opieką, nie boi się szpitala. Znajduje przestrzeń rzetelnej terapii i opieki. Także opieki na możliwie najwyższym poziomie, z szacunkiem dla niego, przy zachowaniu wszelkich praw.

Jednocześnie szpital, który nie będzie przyjazny dla pracowników, którzy nie będzie zarządzany w atmosferze współodpowiedzialności i współtworzenia, nie ma przyszłości odnośnie skutecznego i cywilizowanego jego funkcjonowania.

A.M. Dziękuję za rozmowę.