Liderzy zarządzania
NAJLEPIEJ ZARZĄDZANE SZPITALE PUBLICZNE WEDŁUG BFF

XI EDYCJA

Sukces **zaczyna się od ludzi**

W XI edycji konkursu „Liderzy zarządzania – najlepiej zarządzane szpitale publiczne według BFF" nagrodzono placówki, które wyróżniają się efektywnością zarządzania.

ZUZANNA ŚWIERCZEK

Dyrektorzy podkreślają, że za sukcesem szpitala stoją nie tylko dobre wyniki finansowe, lecz także zaangażowanie pracowników, umiejętność reagowania na zmieniające się potrzeby pacjentów i konsekwentne inwestowanie w rozwój. W warunkach rosnących kosztów, niedoborów kadrowych i niepewności regulacyjnej coraz większego znaczenia nabierają elastyczność i zdolność do podejmowania odpowiedzialnych decyzji.

– Na sukces szpitala składa się wiele czynników. Moim zdaniem przede wszystkim jest to dobra załoga, dzięki której osiąga się wspólny cel, którym jest jak najwyższa jakość opieki nad pacjentami – podkreśla Michał Sobolewski, prezes zarządu Szpitala Powiatowego im. Tadeusza Malińskiego w Śremie. Istotne jest przy tym budowanie kultury organizacyjnej, w której każdy pracownik czuje się współodpowiedzialny za wizerunek i rozwój szpitala.

Znaczenie ma również współpraca z organem właścicielskim i pozostałymi interesariuszami placówki. Jak zaznacza Sobolewski, decyzje dotyczące rozwoju szpitala powinny uwzględniać jego możliwości finansowe i zdolność do terminowego regulowania zobowiązań.

Zdaniem Izabeli Marciniak, dyrektor Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, skuteczne zarządzanie wymaga konsekwencji, odporności oraz umiejętności angażowania ludzi we wspólne działania. – Zadaniem menedżera jest stworzenie pracownikom takich warunków, aby mogli jak najlepiej wykonywać swoją pracę, rozwijać się i zachować poczucie sensu tego, co robią – wskazuje. W poznańskiej placówce prowadzone są szkolenia z komunikacji, radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych i wzmacniania odporności psychicznej. Realizowany jest również projekt „Dyżur z balansem", którego celem jest budowanie relacji i poczucia zespołowości.

Zaangażowanie pracowników może być również źródłem rozwiązań usprawniających codzienne funkcjonowanie placówki. Przekonuje o tym Dariusz Rutkowski, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu. – Wierzę, że nie ma złych pomysłów – każdy warto wysłuchać i przeanalizować. Jedne są łatwiejsze do realizacji, inne trudniejsze, ale nie należy ich z góry odrzucać – podkreśla. Jego zdaniem ważne jest słuchanie zarówno personelu medycznego, jak i niemedycznego oraz zachęcanie pracowników do zgłaszania własnych inicjatyw. – Nie boimy się innowacji, ponieważ widzimy, że wdrażanie nowych rozwiązań pozwala nam sprawniej organizować pracę – zaznacza Rutkowski. Podobnego zdania jest Izabela Marciniak, która wśród najważniejszych kompetencji współczesnego menedżera wymienia elastyczność, zwinność organizacyjną i gotowość do uczenia się.


MAT. PRAS.

Na sukces szpitala składa się wiele czynników. Przede wszystkim jest to dobra załoga, dzięki której osiąga się wspólny cel

Michał Sobolewski, *prezes zarządu Szpitala Powiatowego im. Tadeusza Malińskiego w Śremie*


MAT. PRAS.

Zadaniem menedżera jest stworzenie pracownikom takich warunków, aby mogli jak najlepiej wykonywać swoją pracę

Izabela Marciniak, *dyrektor Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu*


MAT. PRAS.

Wierzę, że nie ma złych pomysłów – każdy warto wysłuchać i przeanalizować. Nie należy ich z góry odrzucać

Dariusz Rutkowski, *dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu*


MAT. PRAS.

Sukces szpitala to przede wszystkim umiejętność dostrzegania zmieniających się potrzeb zdrowotnych mieszkańców

Bogumiła Pawlukiewicz, *prezes zarządu Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze*


MAT. PRAS.

Szpital z jednej strony musi zachowywać się jak przedsiębiorstwo, a jednocześnie musi być też organizacją społeczną

Adrian Sikorski, *dyrektor Szpitali Zachodniopomorskich SPZOZ w Szczecinie*

Skuteczne zarządzanie nie polega jednak wyłącznie na usprawnianiu bieżącej działalności. – Sukces szpitala to przede wszystkim umiejętność dostrzegania zmieniających się potrzeb zdrowotnych mieszkańców i skutecznego odpowiadania na nie – podkreśla Bogumiła Pawlukiewicz, prezes zarządu Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze. W jej ocenie wymaga to odpowiedzialnego zarządzania, konsekwentnego inwestowania w rozwój oraz wzmacniania kompetencji zespołów medycznych. Duże znaczenie, jak wskazuje Bogumiła Pawlukiewicz, ma także umiejętność zdobywania środków zewnętrznych.

Rozwój nie musi oznaczać wyłącznie inwestycji infrastrukturalnych.

– Dyrektorzy dzisiaj muszą nie tylko rozwijać specjalizację swoich placówek, ale też sprawnie reagować na zmieniającą się strukturę zachorowań i dostosowywać do niej zakres udzielanych świadczeń – podkreśla Dariusz Rutkowski. Szczególne znaczenie ma to z punktu widzenia szpitali psychiatrycznych przez trwającą reformę ochrony zdrowia.

Wspólnym mianownikiem doświadczeń dyrektorów pozostaje konieczność zachowania równowagi między potrzebami pacjentów, oczekiwaniami pracowników i możliwościami finansowymi placówki. – Szpital z jednej strony musi zachowywać się jak przedsiębiorstwo, organizacja oparta na rachunku ekonomicznym, a jednocześnie musi być też organizacją społeczną, dla której najważniejszy jest pacjent i jego dobro – podkreśla Adrian Sikorski, dyrektor Szpitali Zachodniopomorskich SPZOZ w Szczecinie.

Zdaniem Sikorskiego jednym z największych wyzwań jest jednak funkcjonowanie szpitali między wymaganiami rynku pracy a wycenami świadczeń ustalanymi przez NFZ. – To nieefektywny system, dodatkowo podsycany emocjami wynikającymi z dużych różnic w zarobkach między poszczególnymi grupami zawodowymi – mówi.

Z kolei Michał Sobolewski za jedno z największych wyzwań uznaje utrzymanie płynności finansowej szpitali. Rosnące wydatki oraz niepewność związana ze zmianami przepisów utrudniają planowanie działalności i podejmowanie decyzji rozwojowych. Jak podkreśla Bogumiła Pawlukiewicz, zarządzający muszą jednocześnie zapewniać ciągłość udzielania świadczeń, dostępność specjalistów oraz odpowiedni poziom jakości i bezpieczeństwa opieki. Z kolei Dariusz Rutkowski za szczególnie istotny problem uznaje niedobory personelu medycznego, zwłaszcza pielęgniarek.

Zdaniem Izabeli Marciniak odpowiedzią na wyzwania musi być sprawne zarządzanie zmianą i podejmowanie odpowiedzialnych decyzji, często przy ograniczonych zasobach. ■

O RANKINGU

Szpitale, które wyznaczają **standardy zarządzania**

„Liderzy zarządzania – najlepiej zarządzane szpitale publiczne według BFF" to jedyny w Polsce ranking koncentrujący się na efektywności finansowej publicznych placówek ochrony zdrowia.

Celem zestawienia jest wyróżnienie szpitali, które potrafią łączyć odpowiedzialne zarządzanie finansami z wysoką jakością opieki nad pacjentami, a także promocja dobrych praktyk w polskim systemie ochrony zdrowia.

Już XI edycja

Organizowany przez BFF Polska ranking od lat docenia placówki, które mimo wyzwań stojących przed publiczną ochroną zdrowia osiągają dobre wyniki zarządcze. Tegoroczna, XI już edycja projektu stanowi kontynuację inicjatywy, która pokazuje, jak istotne dla funkcjonowania szpitali są efektywne gospodarowanie środkami, odpowiednia organizacja pracy oraz dbałość o jakość świadczonych usług medycznych.

Ranking uwzględnia zróżnicowanie publicznych placówek ochrony zdrowia, umożliwiając ocenę ich kondycji finansowej i wyników zarządczych. Projekt służy nie tylko wyłonieniu liderów, lecz także upowszechnianiu rozwiązań, które mogą stanowić przykład dla innych jednostek.

Najlepsi zostali nagrodzeni

Tegorocznych laureatów rankingu poznaliśmy 19 listopada podczas uroczystej gali w Grand Hotelu w Łodzi. Wydarzenie zgromadziło przedstawicieli placówek ochrony zdrowia oraz ekspertów zajmujących się zarządzaniem i funkcjonowaniem polskiego systemu ochrony zdrowia.

Gala była nie tylko okazją do uhonorowania najlepiej zarządzanych szpitali publicznych, lecz także do wymiany doświadczeń i dyskusji o wyzwaniach, z którymi mierzą się dziś menedżerowie placówek medycznych.

Promocja dobrych praktyk

Rosnące koszty działalności, ograniczone zasoby finansowe oraz konieczność zapewnienia pacjentom dostępu do wysokiej jakości świadczeń sprawiają, że zarządzanie szpitalem publicznym wymaga coraz większej elastyczności i umiejętności podejmowania strategicznych decyzji.

Laureaci rankingu pokazują, że odpowiedzialne gospodarowanie środkami i skuteczna organizacja pracy mogą iść w parze z realizacją podstawowej misji szpitali, jaką jest zapewnienie pacjentom właściwej opieki medycznej. Ich doświadczenia stanowią przykład dobrych praktyk, które mogą inspirować pozostałe placówki do poszukiwania skuteczniejszych modeli zarządzania.

Szerokie wsparcie instytucjonalne

Organizatorem rankingu jest BFF Polska, a partnerem projektu dziennik „Rzeczpospolita". Patronat honorowy nad tegoroczną edycją objęli marszałek województwa łódzkiego Joanna Skrzydlewska, prezydent miasta Łodzi Hanna Zdanowska oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Partnerami instytucjonalnymi inicjatywy są Federacja Przedsiębiorców Polskich, Polska Federacja Szpitali, Polska Unia Szpitali Klinicznych, Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych oraz Izba Polmed. Partnerami medialnymi wydarzenia są dlaSzpitali.pl oraz OPM – Ogólnopolski Przegląd Medyczny. ■

Liderzy zarządzania NAJLEPIEJ ZARZĄDZANE SZPITALE PUBLICZNE WEDŁUG BFF
ORGANIZATOR BFF
PARTNER RZECZPOSPOLITA
PATRONI HONOROWI
MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO Joanna Skrzydlewska
PREZYDENT MIASTA ŁODZI HANNA ZDANOWSKA
Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
PARTNERZY INSTYTUCJONALNI
FEDERACJA PRZEDSIĘBIORCÓW POLSKICH
PFSz Polska Federacja Szpitali
Polska Unia Szpitali Klinicznych
OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK PRACODAWCÓW SZPITALI POWIATOWYCH
IZBA POLMED
PARTNERZY MEDIALNI
dlaszpitali.pl SERWIS OPM
OPM

SZPITAL NAJBARDZIEJ PRZYJAZNY DLA PACJENTÓW

Miejsce	Pełna nazwa
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

SZPITALE Z KONTRAKTEM Z NFZ OD 40 DO 199 MLN ZŁ

Miejsce	Pełna nazwa	Suma
1.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie	8,85
2.	Wojewódzki Szpital Zdrowia Psychicznego im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu	8,40
3.	Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie	8,15
4.	Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym	8,00
5.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy" im. bł. Marty Wieckiej	7,90
6.	Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim	7,85
7.	Szpital Kliniczny im. dr. Emila Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy	7,80
	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie	7,80
8.	Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej	7,75
9.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Zespół Zakładów w Makowie Mazowieckim	7,60
	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie	7,60
10.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku	7,30

SZPITALE Z KONTRAKTEM Z NFZ OD 200 DO 399 MLN ZŁ

Miejsce	Pełna nazwa	Suma
1.	Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu	8,75
2.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu	7,90
3.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	7,75
4.	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	7,65
5.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Radomsku	7,55
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu	7,50
7.	Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie	7,35
8.	Zagłębiowski Szpital Kliniczny	7,20
9.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr. Stanisława Popowskiego w Olsztynie	7,10
10.	Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu	6,75

SZPITALE Z KONTRAKTEM Z NFZ WYŻSZYM NIŻ 400 MLN ZŁ

Miejsce	Pełna nazwa	Suma
1.	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	8,35
2.	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	8,00
3.	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie	7,70
	Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	7,70
4.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	7,25
5.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	7,20
6.	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. Bronisława Markiewicza	7,00
7.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	6,95
	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	6,95
8.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	6,90
9.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	6,85
10.	Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	6,80
	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	6,80

NZOZ Z WŁAŚCICIELEM PUBLICZNYM Z KONTRAKTEM Z NFZ POWYŻEJ 50 MLN ZŁ

Miejsce	Pełna nazwa	Suma
1.	Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o.	8,40
2.	Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze sp. z o.o.	8,25
3.	Szpital Specjalistyczny w Zabrzu sp. z o.o.	8,20
4.	Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego SA	8,15
5.	Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka sp. z o.o. w Złotoryi	7,95
6.	Śląskie Centrum Reumatologii im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu sp. z o.o.	7,80
7.	Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku	7,55
8.	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Kartuzach	7,50
9.	Szpital Powiatowy w Rawiczu sp. z o.o.	7,30
	Kociewskie Centrum Zdrowia sp. z o.o.	7,30
10.	Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu sp. z o.o.	7,25

RYNEK

Co wyróżnia najlepiej **zarządzane szpitale**

W debacie o systemie ochrony zdrowia często mówi się o jakości leczenia, dostępie do świadczeń czy nowoczesnych technologiach medycznych. Znacznie rzadziej zwraca się uwagę na spoiwo, bez którego realizacja tych celów byłaby niemożliwa – skuteczne zarządzanie.

KRZYSZTOF KAWALEC

To właśnie ono decyduje o tym, czy szpital jest w stanie odpowiadać na bieżące potrzeby pacjentów, zachować stabilność w dynamicznie zmieniającym się otoczeniu, a jednocześnie inwestować i dostosowywać się do najnowszych rynkowych standardów.

Z perspektywy instytucji finansowej widzimy szpitale jako złożone organizacje, w których każda decyzja ma realne przełożenie na jakość funkcjonowania placówki. Sprawne zarządzanie nie oznacza tu wyłącznie prostej kontroli kosztów, ale umiejętność budowania stabilnego zaplecza, które pozwala personelowi medycznemu koncentrować się na jego głównej misji – leczeniu pacjentów. W przypadku szpitali publicznych wyzwanie to jest szczególnie złożone, ponieważ podejmowane w nich decyzje muszą uwzględniać wielu interesariuszy – od pacjenta, poprzez pracowników i dostawców, po publicznego płatnika.

Anatomia „Liderów zarządzania"

Współczesny menedżer ochrony zdrowia musi łączyć zdolność strategicznego myślenia z umiejętnością zarządzania zmianą, finansami oraz wykorzystywania danych w procesie decyzyjnym. Równie istotne są kompetencje społeczne, takie jak budowanie zaangażowanych zespołów, skuteczna komunikacja, empatia i inteligencja emocjonalna. To właśnie połączenie sprawności organizacyjnej, odpowiedzialności finansowej i zdolności do inspirowania ludzi pozwala skutecznie rozwijać placówkę oraz odpowiadać na wyzwania, przed którymi stoi dziś system ochrony zdrowia.



MAT. PRAS.

Krzysztof Kawalec, prezes zarządu BFF Polska S.A.

Taką sprawność organizacyjną można i warto mierzyć. Ranking „Liderzy zarządzania – Najlepiej Zarządzane Szpitale Publiczne według BFF" to bazująca na danych ocena efektywności zarządzania, oparta na mierzalnych wskaźnikach ekonomicznych. W tegorocznej edycji zestawienia przeanalizowaliśmy ponad 450 placówek ochrony zdrowia (w tym SPZOZ-y i NZOZ-y, których właścicielem w 100 proc. jest podmiot publiczny). Placówki zajmujące czołowe miejsca łączy kilka wspólnych mianowników: wysoka płynność finansowa, wzrost aktywów oraz wartości kontraktów z NFZ (rok do roku). Co ciekawe, niektóre z wyróżnionych placówek utrzymały wysokie pozycje w rankingu mimo ujemnej rentowności, zawdzięczając swoje miejsce ponadprzeciętnym wynikom w pozostałych obszarach.

Warto dodać, że tegoroczne zestawienie wskazuje, że chociaż średnia dynamika wartości kontraktów z NFZ w badanych placówkach wciąż pozostaje dodatnia, tempo tego wzrostu – w porównaniu z dwoma poprzednimi latami – wyraźnie osłabło. To rynkowe wyhamowanie może zwiększyć presję na szpitale balansujące na granicy rentowności, wpływając na ograniczanie kosztów oraz poszukiwanie nowych dróg poprawy efektywności udzielanych świadczeń.

Za każdym wskaźnikiem stoją ludzie

Celem „Liderów zarządzania" nie jest wskazywanie słabości poszczególnych placówek, lecz identyfikowanie i promowanie dobrych praktyk zarządczych w sektorze ochrony zdrowia. Oczywiście wskaźniki ekonomiczne nie są bezpośrednią miarą jakości leczenia, ale stanowią jej niezbędny fundament. Odpowiedzialne zarządzanie finansami i troska o dobro pacjenta nie stoją ze sobą w sprzeczności – przeciwnie, warunkują się nawzajem.

Kierowanie szpitalem to proces wymagający strategicznego myślenia, odpowiedzialnego gospodarowania zasobami oraz planowania rozwoju placówki. Należy jednak pamiętać, że nawet najbardziej kompetentny i zaangażowany menedżer nie osiągnie sukcesu w próżni. Potrzebuje strategii, która przekona jego zespół, oraz wsparcia i stabilnego otoczenia systemowego, pozwalającego na długofalowy rozwój. ■

WYNIKI

Finansowy **obraz szpitali**

Prowadzenie szpitala należy do najbardziej wymagających zadań menedżerskich w sektorze publicznym.

RADOSŁAW MOKS

Zarządzający placówkami muszą godzić wysoki poziom realizacji świadczeń zdrowotnych z odpowiedzialnością za sytuację finansową placówki. W ostatnim czasie zadanie to dodatkowo utrudniają zmiany rynkowe oraz rosnące koszty działalności.

W rankingu „Liderzy zarządzania" ocenie poddajemy wskaźniki odzwierciedlające przekrój sytuacji ekonomicznej szpitali: rentowność sprzedaży, dynamikę wzrostu kontraktu z NFZ, płynność szybką oraz dynamikę aktywów. Ich analiza pozwala spojrzeć na działalność placówek zarówno z perspektywy bieżących wyników finansowych, jak i zmian zachodzących w skali prowadzonej działalności. W tym roku przeanalizowaliśmy 376 SPZOZ-ów oraz 89 NZOZ-ów ze 100-proc. publicznym właścicielem.

Dane tegorocznej edycji rankingu „Liderzy zarządzania" pokazują, że szpitale nie ograniczały aktywności w 2025 r. W analizie zmian w czasie uwzględniono porównywalną grupę 277 placówek SPZOZ, dla których dostępne były kompletne dane finansowe i operacyjne za cały badany okres. W tej grupie liczba hospitalizacji wzrosła w latach 2023–2025 o ponad 25 proc., a przychody ze sprzedaży o prawie 33 proc. Oznacza to, że analizowane szpitale realizowały więcej świadczeń i obsługiwały większą liczbę pacjentów.



MAT. PRAS.

Radosław Moks, członek zarządu BFF Polska S.A., przewodniczący Rady Programowej rankingu

Wzrost skali działalności nie przełożył się jednak automatycznie na poprawę wyników finansowych. W tegorocznym zestawieniu aż trzy czwarte z 376 przebadanych szpitali publicznych osiągnęło ujemny wskaźnik rentowności sprzedaży.

Wyniki te wskazują, że zwiększenie liczby hospitalizacji i przychodów nie zawsze równoważy koszty działalności. Tym samym o kondycji finansowej szpitala nie decyduje wyłącznie tempo wzrostu, lecz również sposób zarządzania zasobami i bieżącą płynnością. To właśnie w tym obszarze najwyżej sklasyfikowane placówki wyróżniały się na tle pozostałych uczestników rankingu.

Jednocześnie ranking pokazuje, że nawet w wymagających warunkach możliwe jest budowanie stabilności. Szczególnie interesującym wyróżnikiem najlepszych placówek okazała się płynność finansowa. Szpitale, które zajęły miejsca od pierwszego do piątego w swoich kategoriach, osiągnęły wskaźnik płynności szybkiej przekraczający wartość 1.

Oznacza to, że po wyłączeniu zapasów dysponowały aktywami przewyższającymi wartość zobowiązań krótkoterminowych. Warto jednak zaznaczyć, że wysoki poziom płynności szybkiej nie oznacza posiadania środków pieniężnych odpowiadających całkowitej wartości zobowiązań. Aktywa obrotowe obejmują również należności, czyli środki, które dopiero mają trafić do szpitala. Z tego względu znaczenie ma nie tylko ich poziom, ale również struktura oraz przewidywalność wpływów, które pozwolą zachować ciągłość finansowania bieżącej działalności.

To właśnie dlatego ranking „Liderzy zarządzania" warto traktować nie tylko jako zestawienie najlepiej ocenionych placówek publicznych, ale również źródło praktycznych inspiracji dla całej branży. O pozycji szpitala decyduje umiejętne łączenie wielu elementów: kontroli kosztów, dbałości o płynność finansową, efektywnego wykorzystania zasobów oraz zdolności do rozwoju działalności.

Tym bardziej na uznanie zasługują tegoroczni laureaci, którzy osiągnęli dobre wyniki w okresie dużych wyzwań dla całego sektora ochrony zdrowia. ■

Opinie Rady Programowej **Ekspertów Rankingu**

Jakość ponad wskaźnikami


MAT. PRAS.

Agnieszka Pietraszewska-Macheta, dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Wskaźniki jakości mogą być cennym narzędziem zarządczym. Pozwalają identyfikować obszary wymagające poprawy, porównywać wyniki i podejmować decyzje w oparciu o dane, a nie wyłącznie o intuicję. Mogą także skłaniać kierownictwo szpitali do większego zainteresowania wynikami klinicznymi, organizacją procesów i bezpieczeństwem pacjentów. Trzeba jednak pamiętać, że wskaźnik nie jest tożsamy z jakością, a jego wartość nie zawsze zależy wyłącznie od sposobu funkcjonowania szpitala.

Na wyniki leczenia wpływają również czynniki związane z pacjentem, takie jak wiek, wielochorobowość czy stopień zaawansowania choroby. Dlatego niezwykle ważne jest, aby system uwzględniał zróżnicowanie ryzyka klinicznego i nie prowadził do sytuacji, w której szpitale podejmujące się leczenia najtrudniejszych przypadków będą z tego powodu finansowo karane.

Pozytywnie oceniam fakt, że w ostatecznym zarządzeniu NFZ uwzględniono część uwag zgłoszonych podczas konsultacji, między innymi złagodzono niektóre współczynniki degresywne, wprowadzono bardziej jednoznaczne wartości graniczne i przesunięto termin rozpoczęcia ich naliczania na 2027 rok. Nadal jednak istotne pozostaje pytanie o właściwe proporcje między premiowaniem dobrych wyników a obniżaniem finansowania. System powinien przede wszystkim motywować do poprawy jakości, a nie jedynie sankcjonować niespełnienie określonych parametrów. Ostatecznie o wartości tego rozwiązania przesądzi nie sama konstrukcja współczynników, lecz to, czy ich stosowanie rzeczywiście przełoży się na poprawę bezpieczeństwa pacjentów i efektów leczenia.

Warto również pamiętać, że jakość powstaje w codziennej pracy zespołów. Nie da się jej zadekretować ani zbudować wyłącznie za pomocą współczynników finansowych. Potrzebne są przywództwo, zaangażowanie pracowników, zaufanie i przekonanie, że doskonalenie organizacji rzeczywiście służy pacjentowi. Dlatego widzę w tym mechanizmie potencjał do pobudzania zmian, ale jego skuteczność będzie zależała od sposobu wykorzystania wskaźników przez zarządzających szpitalami. Najważniejsze, aby stworzyć takie warunki, w których szpitalowi najbardziej opłaca się dobrze leczyć pacjenta, a nie tylko dobrze wypadać we wskaźnikach. ■

Dobre zarządzanie wymaga współpracy


MAT. PRAS.

Marek Kowalski, przewodniczący Federacji Przedsiębiorców Polskich

Największym wyzwaniem jest dziś pogodzenie odpowiedzialności za ciągłość i jakość leczenia z koniecznością utrzymania płynności finansowej szpitala. Koszty wynagrodzeń, leków i materiałów trzeba ponosić na bieżąco, podczas gdy niepewność dotycząca terminów i wysokości rozliczeń z NFZ utrudnia planowanie działalności. Zarządzający muszą więc równocześnie kontrolować koszty, utrzymywać zespoły i podejmować decyzje o przyszłym profilu placówki.

Wymaga to rzetelnej wiedzy o kosztach poszczególnych świadczeń, wykorzystaniu infrastruktury oraz potrzebach zdrowotnych mieszkańców. Nie można jednak oczekiwać, że nawet najlepiej zarządzany szpital samodzielnie zneutralizuje skutki niestabilności finansowania całego systemu. Rolą dyrektora jest rozpoznanie, które problemy może rozwiązać wewnątrz placówki, a które wymagają współpracy z płatnikiem, podmiotem tworzącym i innymi szpitalami.

Trwała poprawa wymaga zarówno odpowiedniego finansowania, jak i zmian systemowych. Punktem wyjścia musi być stabilizacja sytuacji finansowej NFZ, ponieważ problemy płatnika i opóźnione płatności bezpośrednio przenoszą się na szpitale. Potrzebne są przewidywalne przychody Funduszu oraz zmiana mechanizmu corocznych korekt finansowania świadczeń, wdrażanych od 1 lipca na podstawie rekomendacji AOTMiT. Zasady te powinny umożliwiać wcześniejsze planowanie budżetów, odzwierciedlać uzasadnione koszty leczenia i wiązać wzrost zobowiązań płatnika z zapewnieniem źródeł ich pokrycia. Równie istotne jest lepsze zorganizowanie opieki w duchu rozwiązań proponowanych w druku sejmowym nr 2673, przewidującym instytucję szpitala wiodącego i koordynację działalności placówek w regionie. Potrzebujemy współpracy i uzgodnionego podziału zadań, aby szpitale uzupełniały swoją ofertę, zamiast konkurować o te same, ograniczone zasoby kadrowe. Dodatkowe środki powinny służyć budowie takiego modelu, który poprawia dostępność leczenia i pozwala efektywniej wykorzystywać personel oraz infrastrukturę.

Kadra zarządzająca powinna odpowiadać za przełożenie zmian systemowych na konkretny plan działania placówki i budowanie porozumienia wokół jego realizacji. Pracownicy potrzebują jasnej informacji, jak zmieni się organizacja pracy, zakres ich obowiązków i perspektywy zatrudnienia, a także możliwości współtworzenia rozwiązań, które będą później wdrażać. Partnerzy – inne szpitale, samorządy i płatnik – muszą znać podział zadań, odpowiedzialności oraz harmonogram działań.

Pacjentom trzeba natomiast wyjaśnić przede wszystkim, gdzie i na jakich zasadach otrzymają pomoc oraz jak zostanie zachowana ciągłość leczenia. Wiarygodność kierownictwa zależy od otwartego przedstawiania zarówno korzyści, jak i trudności związanych z reorganizacją. Dlatego komunikacja powinna zaczynać się na etapie przygotowania zmian, a następnie towarzyszyć ich wdrażaniu i ocenie efektów. ■

Elastyczne podejście do wynagrodzeń


MAT. PRAS.

Jakub Kraszewski, prezes Polskiej Unii Szpitali Klinicznych

Nie ma czegoś takiego jak jeden system wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Są systemy wynagrodzeń w poszczególnych placówkach i każdy z nich powinien być dostosowany do specyfiki danego szpitala, jego potrzeb oraz sytuacji na lokalnym rynku pracy. Próba narzucenia wszystkim jednolitych rozwiązań jest w mojej ocenie błędem.

Jeżeli proponowane przez Ministerstwo Zdrowia zmiany mają poprawić sytuację ekonomiczną szpitali i wyeliminować nieprawidłowości, to jak najbardziej jestem ich zwolennikiem. Ale trzeba sobie odpowiedzieć na jedno pytanie: czy powinniśmy stosować terapię również wobec tych, którzy są zdrowi? Jeżeli jeden pacjent ma gangrenę stopy, to przecież nie amputujemy nóg wszystkim pacjentom na oddziale. Tymczasem mam wrażenie, że właśnie w tym kierunku zmierzamy.

Zamiast skoncentrować się na szpitalach, które mają problemy z płynnością finansową i wydają na wynagrodzenia nieproporcjonalnie dużo w stosunku do swoich przychodów, chcemy wprowadzać jednakowe ograniczenia dla wszystkich. W efekcie placówki, które dziś funkcjonują dobrze, mogą stracić swoją efektywność, a te, które sobie nie radzą, wcale nie muszą poprawić swojej sytuacji.

Trzeba też pamiętać, że udział wynagrodzeń w kosztach funkcjonowania szpitala zależy od rodzaju realizowanych świadczeń. W dobrze zarządzanym szpitalu powiatowym koszty pracy mogą stanowić 70–75 proc. przychodów i nie ma w tym nic nieprawidłowego. Natomiast w szpitalach wysokospecjalistycznych ten udział powinien wynosić około 50–55 proc., ponieważ istotną część wydatków stanowią również leki czy materiały wszczepialne. Nie można więc oceniać wszystkich placówek według jednej miary.

Każdy szpital powinien natomiast dążyć do efektywności wynagrodzeń, czyli powiązania ich z efektami pracy personelu, zarówno pod względem liczby, jak i jakości udzielanych świadczeń.

W warunkach utrzymujących się niedoborów lekarzy i pielęgniarek sztywne systemy godzinowe czy ryczałtowe mogą tę efektywność ograniczać. Dlatego potrzebujemy elastycznych rozwiązań, uwzględniających realia konkretnej placówki. W naszym szpitalu właśnie taki system funkcjonuje. ■

Dostawcy kredytują szpitale


MAT. PRAS.

Arkadiusz Grądowski, prezes Izby Polmed, członek zarządu MedTech Europe

Ranking BFF pokazuje, że nawet w tak trudnych warunkach można zarządzać szpitalem dobrze. Najlepsze placówki łączy jedna rzecz: traktują dostawców jak partnerów, a nie jak źródło darmowego kredytu. Mówią otwarcie o swojej sytuacji, planują zakupy i dotrzymują słowa. Ale nawet najlepszy dyrektor nie zastąpi decyzji, które musi podjąć państwo.

Dostawca nie jest bankiem, ale w praktyce coraz częściej musi nim być. Rozumiemy dyrektorów szpitali: większość z nich nie zadłuża się z powodu złego zarządzania, tylko dlatego że koszty, zwłaszcza płacowe, rosną szybciej niż finansowanie, a NFZ przesuwa płatności za wykonane świadczenia. Szpital, który czeka na pieniądze z Funduszu, każe czekać swoim dostawcom. Ten łańcuch kiedyś się zerwie, jeśli nikt go nie wzmocni.

Co się wtedy stanie? Firmy zaczną się bronić: skracać terminy płatności, żądać zabezpieczeń, a w skrajnych przypadkach rezygnować ze startu w przetargach. Najbardziej odczują to szpitale, które już dziś są w najtrudniejszej sytuacji, a więc często te w mniejszych miejscowościach. Ostatecznie zapłaci za to pacjent, który dłużej czeka na zabieg albo jest leczony starszą technologią.

Dlatego problemu długów szpitali nie da się rozwiązać kosztem dostawców, na przykład umarzając ich należności. Potrzebne jest przewidywalne finansowanie, terminowe płatności za całą wykonaną pracę i program oddłużenia, który pozwoli szpitalom zacząć od czystej karty. Potrzebne jest „mądrzejsze" kupowanie. Przetarg wygrany wyłącznie najniższą ceną bywa oszczędnością tylko na papierze, jeśli tańszy wyrób częściej się psuje albo wydłuża leczenie. ■

Nie każdy szpital musi wszystko


MAT. PRAS.

prof. Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali

Dobre zarządzanie szpitalem nie powinno być oceniane wyłącznie przez pryzmat wyniku finansowego. Podstawowym zadaniem placówki jest leczenie pacjentów, które powinno się odbywać zgodnie z zasadami medycyny opartej na faktach, ale również z uwzględnieniem zasobów szpitala, jego lokalizacji i poziomu zabezpieczenia.

Szpital uniwersytecki powinien realizować zadania właściwe dla swojej roli, a placówka na pierwszym poziomie zabezpieczenia – koncentrować się na podstawowych świadczeniach. Dobre zarządzanie oznacza więc przede wszystkim zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej, a następnie racjonalne gospodarowanie środkami.

Dyrektor musi na bieżąco analizować sytuację placówki i reagować na zmieniające się warunki. Istotne znaczenie ma m.in. sytuacja finansowa NFZ i ryzyko opóźnień w płatnościach za wykonane świadczenia. W takich okolicznościach konieczne może być dostosowanie liczby i rodzaju wykonywanych procedur do dostępnych zasobów. Trzeba przy tym ustalać priorytety i zabezpieczać leczenie pacjentów w najcięższym stanie, wymagających intensywnej terapii, pilnej pomocy na SOR-ze czy zabiegów ratujących życie.

Nie każda placówka musi mieć w swojej strukturze wszystkie oddziały. Ich funkcjonowanie powinno zależeć od dostępności personelu, liczby wykonywanych procedur i rzeczywistych potrzeb pacjentów. Jeżeli szpital nie jest w stanie zapewnić odpowiednich warunków bezpieczeństwa, należy rozważyć zmianę profilu działalności lub przeniesienie części świadczeń do innego trybu. Współczesna medycyna coraz częściej odchodzi od wielodniowej hospitalizacji na rzecz leczenia ambulatoryjnego i zabiegów jednodniowych.

Dobre zarządzanie wymaga zatem elastyczności i gotowości do zmiany dotychczasowego modelu działania. Nie chodzi o utrzymywanie za wszelką cenę wszystkich oddziałów i zakresów świadczeń, ale o takie wykorzystanie możliwości placówki, by zapewnić pacjentom bezpieczne leczenie. ■

OPIEKA ZDROWOTNA

Dobre zarządzanie szpitalem **to nie tylko oszczędności**

Lepsza organizacja pracy, wykorzystanie danych i współpraca między placówkami mogą poprawić efektywność szpitali bez ograniczania jakości leczenia. Kluczem do sukcesu jest jednak umiejętność dostosowania rozwiązań do potrzeb jednostki.

ZUZANNA ŚWIERCZEK

Skrócenie kolejek do zabiegów z kilku lat do roku, ograniczenie czasu hospitalizacji niemal o połowę i wzrost przychodów oddziału – takie efekty mogą przynieść zmiany organizacyjne w szpitalu. Nie zawsze wymagają one dużych inwestycji czy zwiększania zatrudnienia. Czasem wystarczy usprawnienie planowania przyjęć, lepsza koordynacja pracy personelu czy wyeliminowanie czynności, które niepotrzebnie wydłużają proces leczenia.

Przykłady takich rozwiązań znalazły się w opublikowanym w 2020 r. przez Polską Federację Szpitali (PFSz) i Narodowy Fundusz Zdrowia zbiorze dobrych praktyk zarządczych. Choć od jego publikacji minęło sześć lat, opisane w nim doświadczenia pokazują, że poprawa efektywności nie musi sprowadzać się do ograniczania kosztów. Równie istotne jest racjonalne wykorzystanie dostępnych zasobów, usprawnianie procesów i tworzenie warunków sprzyjających lepszej opiece nad pacjentami. W warunkach rosnącej presji finansowej na szpitale takie podejście nabiera szczególnego znaczenia. Jak jednak przełożyć je na codzienne funkcjonowanie placówek?

Najpierw diagnoza, później reorganizacja

Punktem wyjścia do poprawy efektywności powinno być rozpoznanie rzeczywistych problemów szpitala. W jednej placówce największym wyzwaniem może być niewłaściwe wykorzystanie łóżek, w innej – organizacja pracy personelu, a w jeszcze innej – nadmiernie rozbudowana struktura oddziałów.

– Dobre zarządzanie szpitalem zaczyna się od zrozumienia specyfiki placówki. Nie ma jednego modelu, który sprawdzi się wszędzie. Szpitale różnią się zakresem świadczeń, strukturą kosztów i potrzebami, dlatego rozwiązania skuteczne w jednej jednostce niekoniecznie przyniosą takie same efekty w innej – podkreśla Jakub Kraszewski, szef Polskiej Unii Szpitali Klinicznych.

Jednym ze sposobów poprawy organizacji pracy jest identyfikowanie tzw. wąskich gardeł, czyli etapów, które opóźniają cały proces leczenia. Mogą to być trudności z planowaniem przyjęć, dostępnością sprzętu i materiałów medycznych czy organizacją wypisów. Wyznaczenie osób odpowiedzialnych za poszczególne etapy pozwala usprawnić przepływ pacjentów i ograniczyć niepotrzebne przestoje. W praktyce takie podejście może przełożyć się nie tylko na skrócenie hospitalizacji, ale również na zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń przy wykorzystaniu tych samych zasobów.

Poprawy efektywności można szukać także w samej strukturze organizacyjnej szpitala. – Wiele świadczeń nie wymaga funkcjonowania osobnych pododdziałów, których tworzenie było wcześniej w pewnym stopniu wymuszane przez zasady konkursów NFZ. Dziś zamiast kilku pododdziałów internistycznych może funkcjonować jeden ogólny oddział internistyczny, realizujący te same świadczenia – wskazuje prof. Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali.

Nie zawsze jednak wszystkie usprawnienia można przeprowadzić w ramach jednej jednostki. – Konsolidacja nie jest lekarstwem na wszystkie problemy szpitalnictwa, ale stanowi ważny element dobrego zarządzania. Współpraca między placówkami o różnych poziomach zabezpieczenia, rozwijanie poradni i podstawowej opieki zdrowotnej oraz koordynowanie leczenia pozwalają tworzyć sieci zapewniające pacjentom ciągłość opieki – zaznacza prof. Fedorowski.

Dane powinny przekładać się na decyzje

Skuteczne zarządzanie wymaga również wiedzy o tym, jak szpital wykorzystuje swoje zasoby. Samo monitorowanie kosztów nie wystarczy, jeśli placówka nie analizuje przyczyn ich powstawania i nie wykorzystuje zgromadzonych informacji do planowania zmian. – Coraz większe znaczenie w zarządzaniu szpitalami ma cyfryzacja. Wiele placówek dysponuje już bieżącymi analizami danych zarządczych i korzysta z nowoczesnych aplikacji, które pozwalają monitorować ruch pacjentów oraz alokację środków – mówi prof. Fedorowski. Dzięki takim narzędziom można szybciej identyfikować nieefektywne procesy i podejmować decyzje na podstawie rzeczywistych danych, zamiast opierać się wyłącznie na dotychczasowych doświadczeniach.

Potencjał do usprawnień kryje się również w procesach administracyjnych. Elektroniczny obieg dokumentów, automatyzacja obsługi faktur czy cyfrowe zarządzanie umowami mogą znacząco ograniczyć czas poświęcany na czynności niezwiązane bezpośrednio z leczeniem. Skalę możliwych usprawnień pokazują doświadczenia opisane w raporcie NFZ i PFSz. Dzięki wdrożeniu elektronicznego obiegu dokumentów w jednej placówce czas potrzebny na ich wyszukanie skrócił się z 16 do 2 minut, a obsługa faktury kosztowej zajmowała już tylko 6 zamiast 22 minut.

Podobne korzyści można osiągać w części medycznej. Automatyczna identyfikacja leków i wyrobów medycznych umożliwia dokładniejsze monitorowanie ich zużycia, kontrolowanie kosztów farmakoterapii i ograniczanie błędów związanych z ręcznym wprowadzaniem danych. O praktycznym znaczeniu takich rozwiązań świadczą wyniki wdrożenia systemu kodów kreskowych w niektórych szpitalach, dzięki któremu średni dzienny czas obsługi jednego pacjenta skrócił się o 15 minut.

Cyfryzacja może więc przynosić korzyści na kilku poziomach jednocześnie: usprawniać zarządzanie finansami, odciążać pracowników i poprawiać bezpieczeństwo pacjentów. Warunkiem jest jednak dopasowanie technologii do konkretnych potrzeb placówki, a nie wdrażanie jej wyłącznie dla samej modernizacji.

Oszczędności nie mogą przesłaniać jakości

Coraz większe znaczenie w zarządzaniu szpitalami może mieć również systematyczna ocena jakości udzielanych świadczeń. Dodatkowym impulsem do takich działań mają być planowane na 2027 r. wskaźniki korygujące w leczeniu szpitalnym, które mają wpływać na wysokość płatności w zależności od wyników jakościowych placówek. Zdaniem Agnieszki Pietraszewskiej-Machety, dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, mechanizm ten może skłonić szpitale do opracowywania strategii poprawy jakości, pod warunkiem że nie zostanie potraktowany wyłącznie jako kolejny element rozliczeń z płatnikiem.

– Dobrze zarządzany szpital powinien analizować swoje wyniki, identyfikować przyczyny problemów, wyznaczać cele poprawy i sprawdzać skuteczność podejmowanych działań. W tym sensie wskaźniki mogą być impulsem do bardziej systemowego i strategicznego podejścia do jakości – wskazuje.

Oznacza to, że dane dotyczące jakości powinny służyć nie tylko ocenie wyników placówki, ale również wskazywaniu obszarów wymagających zmian. Samo osiąganie określonych wartości wskaźników nie może jednak zastępować szerszej strategii rozwoju szpitala. – Strategia jakości musi być znacznie szersza niż zestaw wskaźników finansowych. Powinna obejmować bezpieczeństwo pacjentów, skuteczność leczenia, doświadczenia pacjentów, organizację procesów, warunki pracy personelu i rozwój kultury organizacyjnej – podkreśla Pietraszewska-Macheta.

W tym kontekście istotne znaczenie ma również zarządzanie personelem. Odpowiednie planowanie grafików, jasny podział obowiązków, organizacja zastępstw czy rozwijanie kompetencji pracowników mogą jednocześnie poprawiać efektywność funkcjonowania szpitala i warunki pracy zespołu. Przykłady wdrożeń pokazują, że uporządkowanie struktur kadrowych i lepsze planowanie pracy pozwalają ograniczać nadgodziny oraz koszty zatrudnienia. Co ważne, uzyskane w ten sposób oszczędności mogą być ponownie inwestowane w rozwój personelu, np. poprzez tworzenie funduszy szkoleniowych czy systemów nagradzania pracowników.

Nie bez znaczenia pozostaje także angażowanie zespołu w projektowanie i wdrażanie usprawnień. To właśnie pracownicy, którzy na co dzień uczestniczą w procesach medycznych i administracyjnych, mogą najlepiej identyfikować problemy utrudniające funkcjonowanie placówki. Jak wskazuje dyrektor CMJ, pomocne w budowaniu takiego podejścia są systemy zarządzania jakością, w tym akredytacja, które wspierają identyfikację ryzyka, doskonalenie procesów i rozwój kultury organizacyjnej.

Dobre zarządzanie szpitalem nie sprowadza się więc do pojedynczych decyzji oszczędnościowych ani wdrażania nowych technologii. Wymaga systematycznej analizy potrzeb, gotowości do zmian i umiejętnego łączenia celów finansowych z jakością leczenia. Dopiero takie podejście pozwala wykorzystywać dostępne zasoby efektywniej, nie tracąc z pola widzenia podstawowego zadania szpitala, jakim jest zapewnienie pacjentom właściwej opieki. ■



SHUTTERSTOCK

Dobre **zarządzanie szpitalem** zaczyna się od zrozumienia specyfiki placówki. Nie ma jednego modelu, który sprawdzi się wszędzie

METODOLOGIA

Jak wyłaniane są najlepiej zarządzane **szpitale publiczne w Polsce**

Ranking „Liderzy zarządzania" powstaje na podstawie danych finansowych publicznych jednostek ochrony zdrowia. Obejmuje SPZOZ-y oraz NZOZ-y, których stuprocentowym właścicielem jest podmiot publiczny, mające kontrakt z NFZ o wartości przekraczającej 50 mln zł i należące do sieci szpitali. Jego metodologię ustala Rada Programowa Plebiscytu.

Analizowane placówki dzielone są na cztery kategorie. Trzy z nich wyodrębniono według wartości przychodów z NFZ: od 40 do 199 mln zł, od 200 do 399 mln zł oraz powyżej 400 mln zł. Czwartą stanowią NZOZ-y ze stuprocentowym udziałem właściciela publicznego, których kontrakt z NFZ przekracza 50 mln zł i które należą do sieci szpitali.

Dodatkowo, na podstawie danych rzecznika praw pacjenta, przyznawana jest nagroda specjalna dla Szpitala Najbardziej Przyjaznego dla Pacjentów.

O pozycji w rankingu decydują cztery wskaźniki, którym przypisano określone wagi w ocenie końcowej. Największe znaczenie ma rentowność sprzedaży (35 proc.). Kolejne kryteria to płynność szybka, określająca zdolność placówki do spłaty zobowiązań krótkoterminowych przy wykorzystaniu majątku, który można szybko upłynnić (25 proc.), dynamika wzrostu kontraktu z NFZ rok do roku (20 proc.) oraz dynamika aktywów (20 proc.). Klasyfikacja opiera się na danych ze sprawozdań finansowych placówek za lata 2024 i 2025.

Ranking nie obejmuje m.in. niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, których stuprocentowym właścicielem nie jest podmiot publiczny i które nie należą do sieci szpitali, a także przychodni otwartych, ambulatoriów, placówek lecznictwa otwartego, zakładów medycyny pracy, stacji pogotowia ratunkowego, oddziałów szpitali, sanatoriów oraz regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Placówki nie mają również obowiązku stosowania Międzynarodowych Standardów Rachunkowości Sektora Publicznego. ■