Poza cyfrowymi danymi: jak zaufanie, innowacyjność i sztuczna inteligencja kształtują przyszłość zarządzania szpitalem

dr hab. inż. Roman Lewandowski, prof. UWM

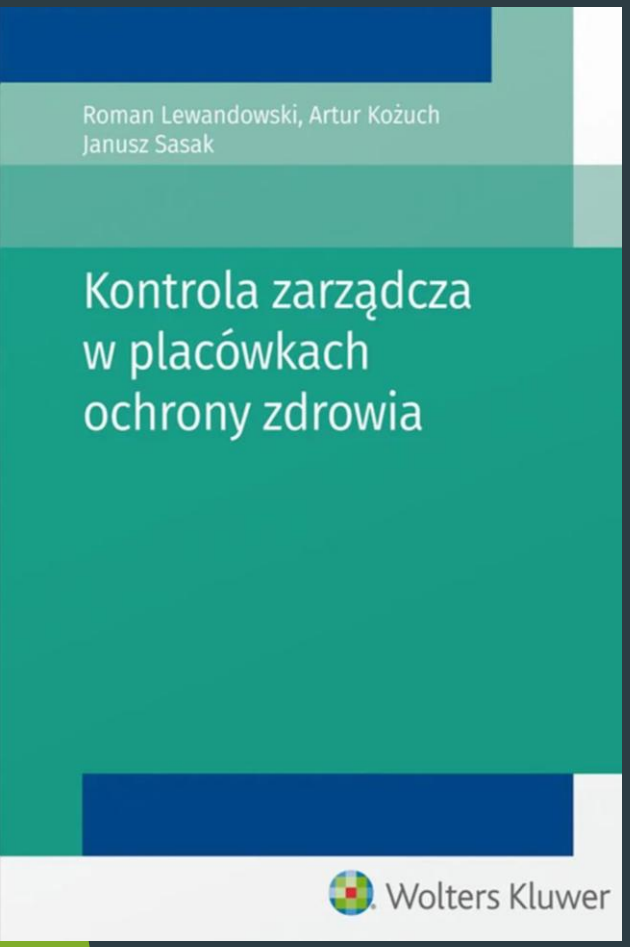
Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce

Instytut Nauk o Zarządzaniu i Jakości, Wydział Nauk Ekonomicznych UWM

Olsztyn, 25 września 2025

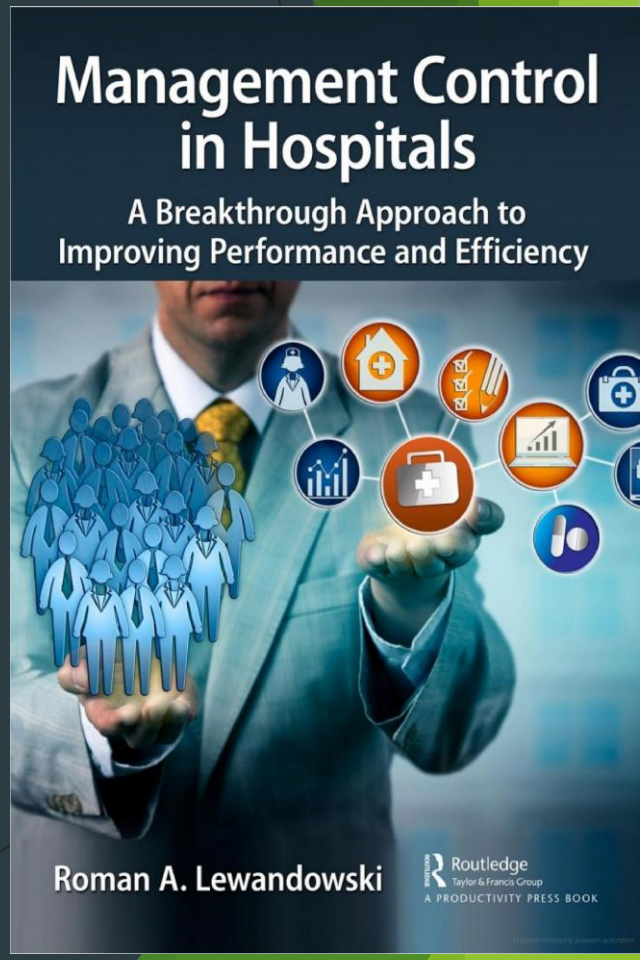
Publikacje nt. kontroli

2018



2022

2024



Kontrola menedżerska - obejmuje wszystkie instrumenty, działania i systemy stosowane przez najwyższe kierownictwo, aby zwiększyć prawdopodobieństwo korzystnego dostosowania szpitala do otoczenia.

Miarą dobrego dostosowania szpitala do otoczenia są uzyskiwane przez szpital wyniki.

Sztuczna inteligencja a kontrola

Scientific Committee

The Chair of the Committee is Professor Łukasz Sułkowski, PhD, of Jagiellonian University in Krakow

Krzysztof Krukowski, PhD, is a Professor at the University of Warmia and Mazury in Olsztyn

Anna Krupniewska, PhD in humanities, specialising in ethics and bioethics – Warmian-Masurian Pulmonary Diseases Center in Olsztyn

Grzegorz Kulesza, MD, PhD – Warmian-Masurian Pulmonary Diseases Center in Olsztyn

Regina Lenart, PhD, Professor – Jagiellonian University in Krakow

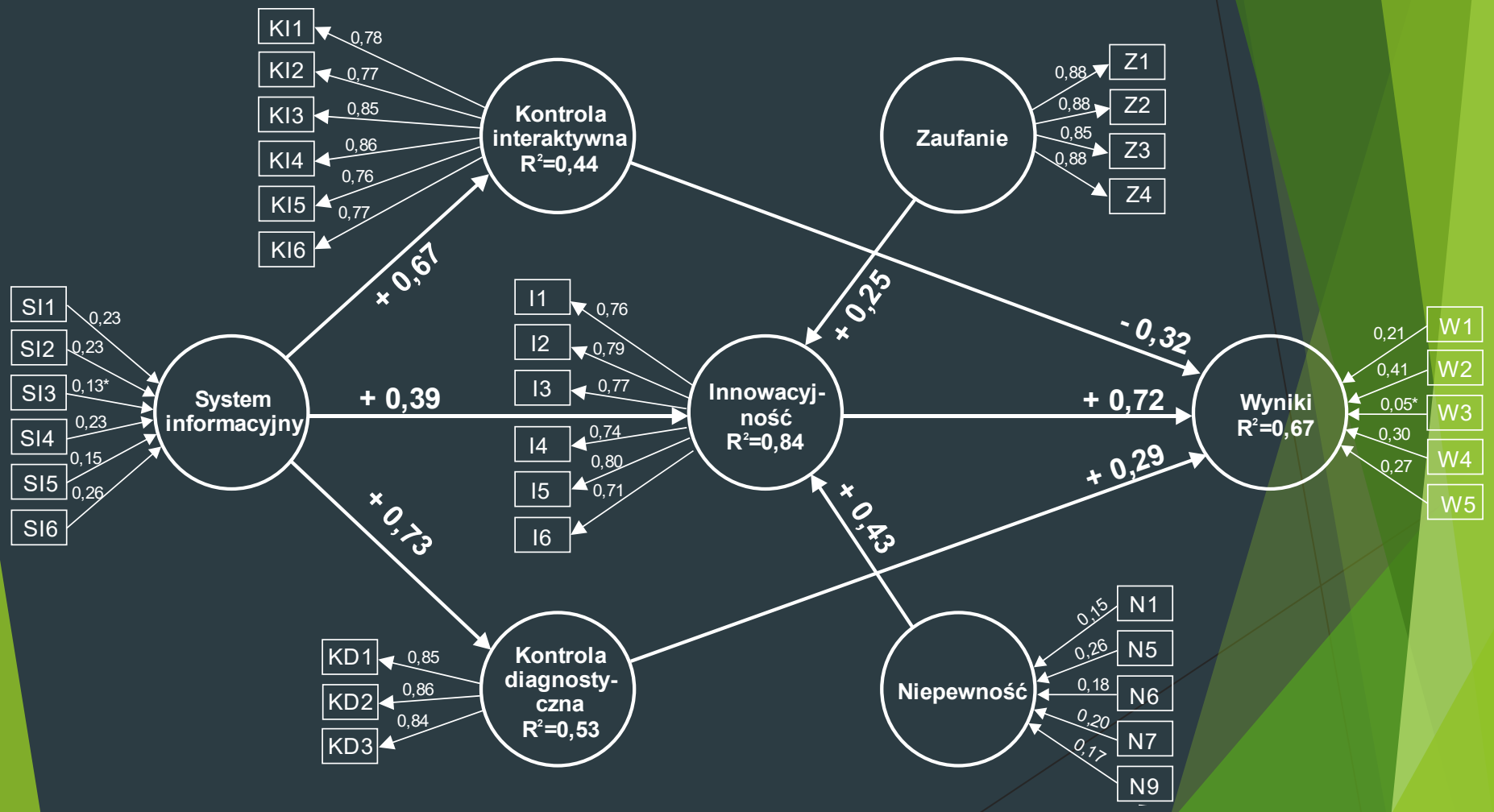
Roman Lewandowski, PhD Eng., Professor at the University of Wisconsin-Milwaukee (UWM) and Director of the Provincial Rehabilitation Hospital for Children in Ameryka

Ewa Malinowska, MD, PhD, is a consultant at the Warmian-Masurian Pulmonary Diseases Center in Olsztyn

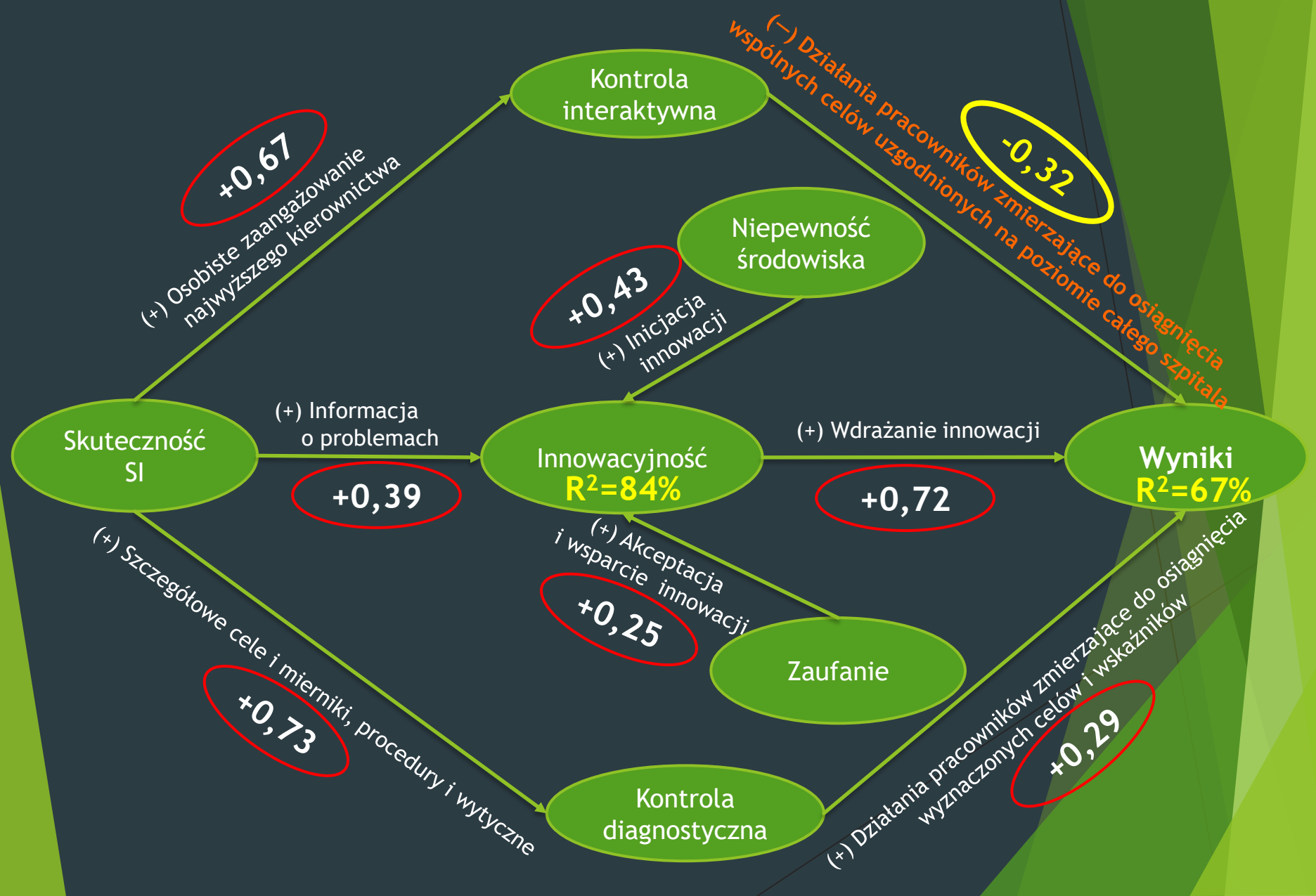
Marcin Mieszko Mieszkowski, MD, PhD – Warmian-Masurian Pulmonary Diseases Center in Olsztyn

Marian Oliński, PhD, is a Professor at the University of Warmia and Mazury in Olsztyn

Model kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych

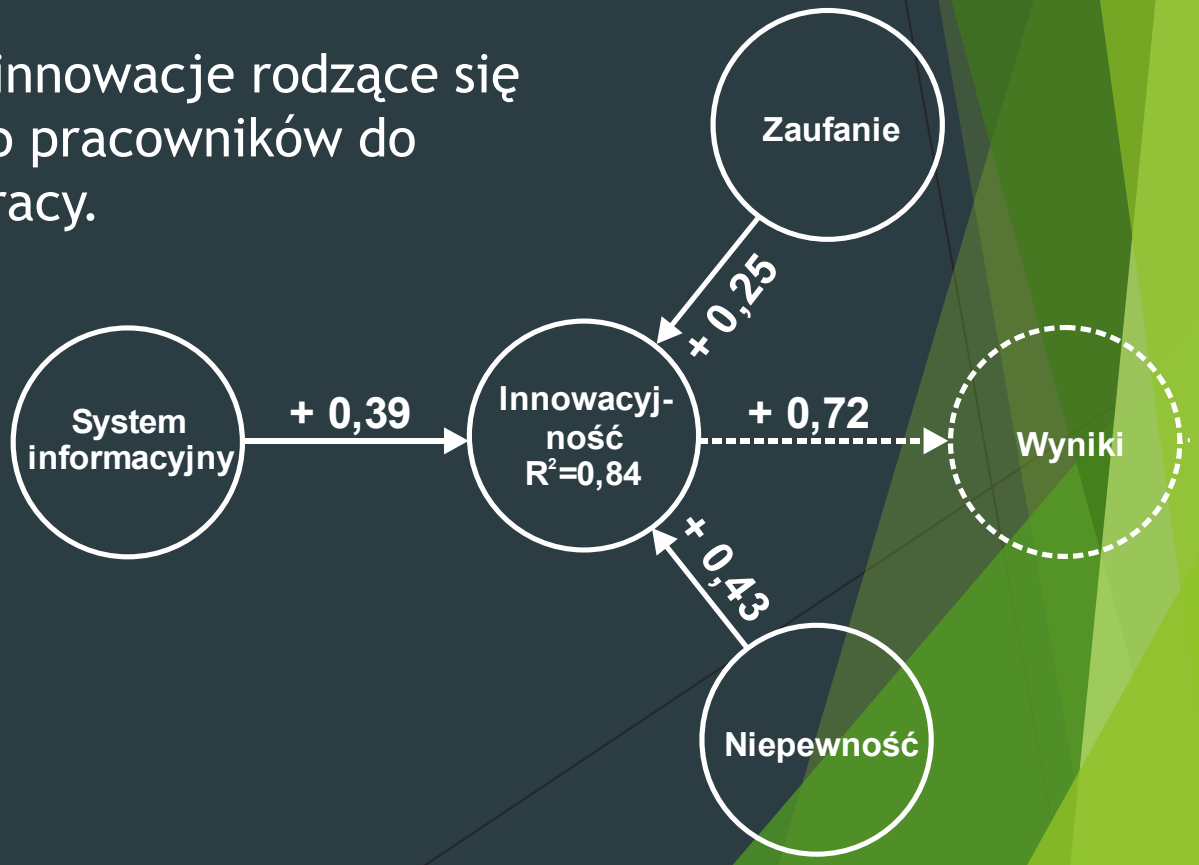


Model kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych



Sposoby kreowania innowacji:

- Jako celowe działania, zainicjowane przez najwyższe kierownictwo (proces góra-dół).
- Jako czynność pół-intencjonalną, w którym najwyższe kierownictwo wspiera pracowników tworzących i wdrażających innowacje (proces dół-góra).
- Jako „bricolage”, czyli innowacje rodzące się z wewnętrznych potrzeb pracowników do udoskonalania swojej pracy.



W szpitalach formalne struktury i narracje są oddzielone od codziennych praktyk

Wywiad z dyrektorem naczelnym polskiego szpitala:

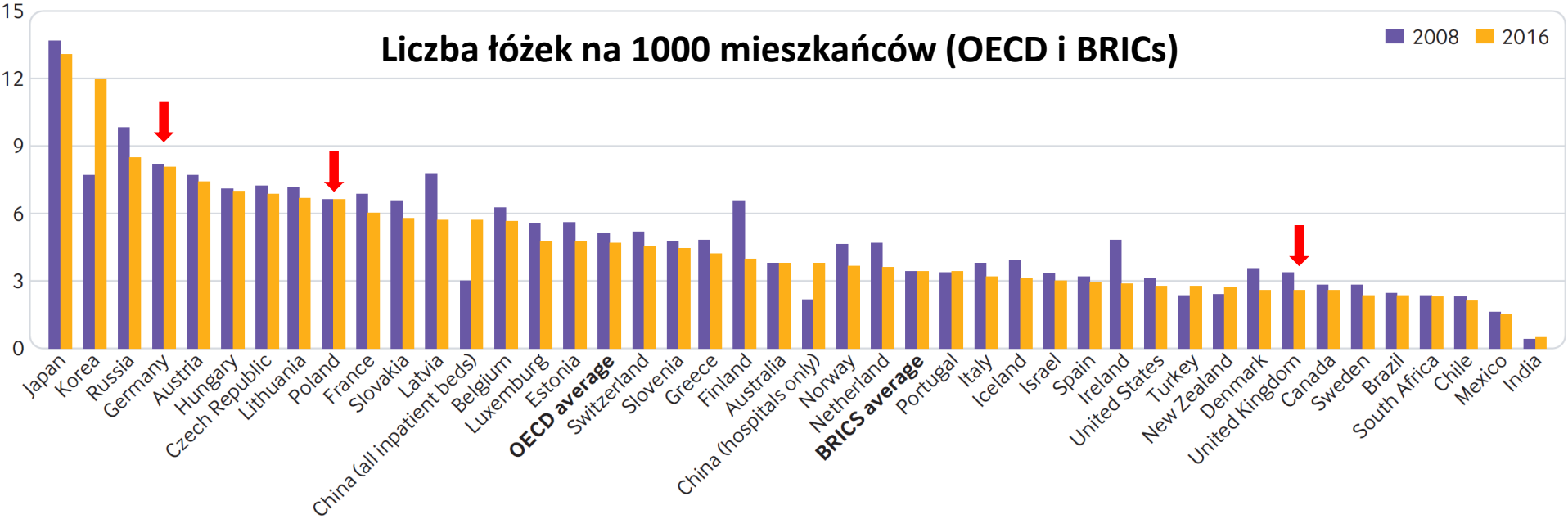
„W tym roku zatrudniłam nowego ordynatora stacji dializ, który pracował przez kilka lat w niepublicznym zozie i tam był system budżetowania. ... I on przyszedł już z takim nawykiem analizy kosztów i szukania **nowych** korzystnych rozwiązań. I on odkrył, że NFZ tak wycenił procedury, że na przykład, lepiej zrobić toczenie krwi w ramach interny bo interna dostanie, jak jeszcze coś tam zrobi, ... to dostanie kilka tysięcy złotych, czyli będzie przychód. A koszty niepotrzebnie nie będą obciążały stacji dializ, bo i tak bez względu na to czy zrobię mu [pacjentowi] to toczenie czy nie - za dializę tyle samo dostanę [z NFZ].”

Problem: Niska wycena świadczeń

Wywiad z kierownikiem departamentu zarządzania ryzykiem w niemieckim szpitalu klinicznym:

„Wcześniej lekarz rodzinny za konsultacje pacjenta w szpitalu otrzymywał kilkadziesiąt euro, teraz zostało to ograniczone [prawnie] do 9 euro. Nikt za tyle nie przyjedzie do szpitala. Dlatego, teraz lekarze rodzinni [GP] przyjeżdżają asystować przy zabiegach operacyjnych. … Naszym zadaniem jest pilnowanie czy rzeczywiście GP's byli obecni na sali operacyjnej, we wszystkich przypadkach, w których wystawili fakturę za asystę."

Problem: Duża liczba łóżek wywołująca konkurencję o pacjentów



Wywiad z dyr. pionu zabiegowego szpitala brytyjskiego:

„To są pewne rynkowe negocjacje, my musimy zawrzeć tak zwaną ‘umowę o produktywności’ dla każdej specjalności zabiegowej. Umowa ta jest negocjowana kolektywnie przez zespoły poszczególnych specjalistów. Nie dotyczy ona ile zabiegów wykona zespół każdego dnia, ale ile dodatkowych sesji weekendowych otrzyma każdy zespół, aby odpowiednio **skrócić listę oczekujących na określone zabiegi**. Na przykład na endoprotezoplastykę stawu biodrowego. Takie sesje weekendowe są bardzo korzystne, ponieważ wtedy za jedną sesję zabiegową [4 godziny zabiegowe], ortopeda może otrzymać 1200 funtów a anestezjolog 900. ... To co my [dyrektorzy] robimy, to pokazujemy naszemu zespołowi klinicystów wszystkie informacje o zyskowności ich usług, kosztach i przychodach. **Oczekujemy, że dzięki daniu lekarzom możliwości zarobienia w weekend zwiększy się liczba usług w ciągu tygodnia.**”

Problem: Zakaz finansowego premiowania lekarzy

Dziękuję za uwagę!