



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
w Olsztynie

The Regional Specialist Hospital in Olsztyn  
ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn



Olsztyn, 29 czerwca 2026 r.

## **Zagrożenia procesu konsolidacji trzech olsztyńskich szpitali: Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, Miejskiego Szpitala Zespolonego i Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego dokonywanej w trybie art 66 ustawy o działalności leczniczej**

W poniższym opracowaniu przedstawiamy ryzyka prawne, finansowe i społeczne planu konsolidacji trzech olsztyńskich szpitali w jeden nowopowstały podmiot oraz proponujemy alternatywny plan budowy nowego szpitala klinicznego w Olsztynie

### **I. Ryzyka prawne**

1. Pominięcie w planach konsolidacji etapu sporządzenia planów naprawczych przez zadłużone szpitale:

- a) art. 59 ust. 4 wprowadza obowiązek sporządzenia planów naprawczych;
- b) plan naprawczy ma to być rzeczywiste narzędziem restrukturyzacji, ma służyć poprawie skuteczności działań naprawczych, zwiększeniu przejrzystości procesów planowania i nadzoru;
- c) sporządzenie planów naprawczych musi być poprzedzone kompleksowymi analizami efektywności funkcjonowania i zarządzania, analizami ekonomicznymi, jakościowymi, operacyjnymi oraz dotyczącymi działalności leczniczej i poszczególnych komórek organizacyjnych.
- d) plany winny poprzedzać podejmowanie działań następczych jakimi jest np. konsolidacja szpitali wskazana w art. 66 ustawy o działalności leczniczej.

### **Możliwy skutek**

Pominięcie sporządzenia planów naprawczych naraża planujących konsolidację na zarzut:

- 1) braku przejrzystości procesów planowania i nadzoru
- 2) braku oceny kosztów ekonomicznych i organizacyjnych tego przedsięwzięcia

### **Uzasadnienie do pkt 1.**

Zagrożenia prawne procesu konsolidacji w trybie art 66udl

Znowelizowane zapisy ustawy z dnia 15.04. 2011 r. o działalności leczniczej w art. 59 ust. 4,

wprowadzają obowiązek sporządzenia planów naprawczych dla podmiotów leczniczych zadłużonych w sposób wskazany w przepisie.

Celem ustawodawcy jest zapewnienie, aby programy naprawcze stały się rzeczywistym narzędziem restrukturyzacji, a nie jedynie formalnym dokumentem. Przepisy mają służyć poprawie skuteczności działań naprawczych, zwiększeniu przejrzystości procesów planowania i nadzoru nad realizacją programów oraz wzmocnieniu powiązania między planowaniem naprawczym a strategicznymi dokumentami systemu ochrony zdrowia.

Sporządzenie programu naprawczego musi być poprzedzone kompleksowymi analizami efektywności funkcjonowania i zarządzania, analizami ekonomicznymi, jakościowymi, operacyjnymi oraz dotyczącymi działalności leczniczej i poszczególnych komórek organizacyjnych. Program ma również uwzględniać obowiązek dostosowania działalności zakładu do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, w tym do map potrzeb zdrowotnych oraz krajowych i wojewódzkich planów transformacji.

2. Planowanie konsolidacji zadłużonych szpitali olsztyńskich bez rozważenia alternatywnych rozwiązań prawnych zapowiadanych przez Ministerstwo Zdrowia.

a) ma powstać projekt rozporządzenia i program pilotażowy rządu ws. restrukturyzacji jednostek ochrony zdrowia.

b) ma być też tworzony program w porozumieniu z Bankiem Gospodarstwa Krajowego ws. restrukturyzacji pojedynczych szpitali, do czego ma nie być wymagane łączenie z innym podmiotem.

c) będą to rozwiązania dla zadłużonych szpitali jak- Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, Szpital Uniwersytecki w Olsztynie

### **Możliwy skutek**

Przedwczesne wybranie koncepcji restrukturyzacji poprzez konsolidację, bez rozważenia dostępnych możliwości prawnych naraża na zarzut:

1) braku przygotowania formalnego do w/w procesu

2) braku wyboru najwłaściwszej dostępnej formy restrukturyzacji

### **Uzasadnienie pkt 2**

Zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa Zdrowia ma powstać projekt rozporządzenia i program pilotażowy rządu ws. restrukturyzacji jednostek ochrony zdrowia. Ma być też tworzony program w porozumieniu z Bankiem Gospodarstwa Krajowego ws. restrukturyzacji pojedynczych szpitali, do czego nie będzie wymagane łączenie z innym podmiotem.

Powyższe rozwiązania będą skierowane pod względem finansowym, ekonomicznym i organizacyjnym, do takich jednostek jak wymienione zadłużone szpitale olsztyńskie. Podejmowanie działań bez znajomości oferowanych możliwości jawi się jako przedwczesne i nieracjonalne.

3. Niezgodność zaplanowanego celu przedsięwzięcia - budowa nowego budynku szpitala z celem konsolidacji, którym winna być RESTRUKTURYZACJA

a) w uzasadnieniu do ustawy z 5.08.2025 r. o zmianie ustawy (...) o działalności leczniczej

wskazano cyt: „Proponowane zmiany w ustawie o działalności leczniczej służą realizacji kamienia milowego D1G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności, w odniesieniu do zapisów „restrukturyzacja sektora szpitali przez konsolidację”

b) restrukturyzacja to proces mający na celu przywrócenie rentowności i płynności finansowej.

c) z przepisów nie wynika aby celem działań konsolidacyjnych mogła być budowa nowego budynku szpitala. Ustawa i środki mające być na nią przeznaczone, mają służyć konsolidacji w celu poprawy sytuacji szpitali wymagających wsparcia finansowego.

d) włączenie do konsolidacji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, który nie wymaga wsparcia finansowego ani organizacyjnego, jest niezgodne z celem konsolidacji.

### **Możliwy skutek**

Przeznaczenie środków na oddłużenie szpitali w procesie konsolidacji dla celów budowy nowego obiektu, może narażać na zarzut:

a) niegospodarności i niecelowości wydatków.

b) spowodowania straty dużych rozmiarów w postaci wartości i funkcjonalności istniejącej infrastruktury szpitalnej.

c) przeprowadzenie konsolidacji dla celów niezgodnych z ustawą, którym to celem winno być oddłużanie.

d) zadłużenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

### **Uzasadnienie pkt 3**

Włączenie do konsolidacji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, który od wielu lat nie wymaga wsparcia finansowego ani organizacyjnego, jest niezgodne z uzasadnieniem do ustawy z 5.08.2025 r. o zmianie ustawy (...) o działalności leczniczej.

W uzasadnieniu wskazano: „Proponowane zmiany w ustawie o działalności leczniczej służą realizacji kamienia milowego D1G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności, w odniesieniu do zapisów „restrukturyzacja sektora szpitali przez konsolidację”

Restrukturyzacja to proces mający na celu przywrócenie rentowności i płynności finansowej.

Analiza zaproponowanego przez Warmińsko-Mazurski oddział NFZ planu konsolidacji, prowadzi do wniosku, że Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, obecnie nie wymagający wsparcia, straci na tym procesie płynność finansową.

Z przepisów ustawy oraz z uzasadnienia do ustawy nie wynika aby celem działań konsolidacyjnych mogła być budowa nowego budynku szpitala. Przeciwnie ustawa i środki mające być na nią przeznaczone, mają służyć konsolidacji w celu poprawy sytuacji szpitali wymagających wsparcia finansowego.

Przeznaczenie środków na oddłużenie szpitali w procesie konsolidacji dla celów budowy nowego obiektu, bez przeprowadzenia analiz funkcjonalności oraz

wartości obecnej infrastruktury, może narażać na zarzut niegospodarności i niecelowości wydatków.

4. Zagrożenia w zarządzaniu skonsolidowanymi szpitalami przy braku przepisów regulujących i braku wypracowanej praktyki.

a) na podstawie przepisów obowiązujących od 3 miesięcy, organy tworzące jednostki samorządu terytorialnego mają przejąć uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego szpital, które będą wykonywały swoje prawa i obowiązki za pośrednictwem rady przedstawicieli podmiotów tworzących

b) przepisy nie regulują szczegółowo na jakich zasadach miałyby taka rada działać, brak jest też odniesienia do innych przepisów.

c) działanie niezgodne z uzasadnieniem do ustawy cyt. „Proponowane zmiany w ustawie o działalności leczniczej służą realizacji kamienia milowego D1G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności, w odniesieniu do zapisów: „wzmocnienie systemu nadzoru nad szpitalami, wzmocnienie kadry zarządzającej oraz zachęcenie do stosowania nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w opiece zdrowotnej”.

### **Możliwy skutek**

1) Mniej sprawne zarządzaniem nowo powstałym podmiotem, niż dotychczasowe zarządzanie poszczególnymi podmiotami.

2) Większe ryzyko prawnej odpowiedzialności za zarządzanie.

### **Uzasadnienie pkt 4**

W poprzednio obowiązujących przepisach w przypadku konsolidacji na podstawie art. 66 ustawy udl, wymagane było wskazanie organu założycielskiego dla nowo utworzonego podmiotu. Zgodnie z nowelizacją, obecnie to organy tworzące jednostki samorządu terytorialnego mają przejąć uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego szpital. Wskutek przewidzianej w Olsztynie konsolidacji, ma dojść do tego, że powstanie samodzielny zakład opieki zdrowotnej z kilkoma podmiotami tworzącymi, które będą wykonywały swoje prawa i obowiązki za pośrednictwem rady przedstawicieli podmiotów tworzących.

Przepisy nie regulują na jakich zasadach miałyby taka rada działać, brak jest też odniesienia do innych przepisów. W ustawie zawarto tylko zapis o podejmowaniu decyzji systemem głosów ważonych lub tak jak strony ustalą w porozumieniu. Wspólne zarządzanie tak strategicznym sektorem, to nie jest coś co można wypracować w praktyce. Przykładem jest kodeks spółek handlowych, który ściśle reguluje jakimi uprawnieniami dysponuje udziałowiec, przepisy określają jaki jest wymiar jego władzy i przede wszystkim odpowiedzialności.

Brak na tym etapie przepisów czy wykładni w zakresie działania „rad przedstawicieli podmiotów”, będzie skutkować mniej sprawnym zarządzaniem nowo powstałym podmiotem i będzie się wiązać z większym ryzykiem prawnej odpowiedzialności, niż dotychczasowe zarządzanie poszczególnymi podmiotami.

Ten sposób zarządzania- przy braku przepisów regulujących- jest ponownie niezgodny uzasadnieniem do w/w ustawy gdzie wskazano: „Proponowane zmiany w ustawie o działalności leczniczej służą realizacji kamienia milowego D1G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności, w odniesieniu do zapisów: „wzmocnienie systemu nadzoru nad szpitalami, wzmocnienie kadry zarządzającej

oraz zachęcenie do stosowania nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w opiece zdrowotnej”.

5. Ryzyka wynikające z zastosowania art. 231 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

a) konieczność zaproponowania nowych warunków pracy i płacy pracownikom medycznym na kontraktach.

b) redukcje kadrowe na kilkutysięcznej załodze otwierające drogę sądową dla pracowników

### **Możliwy skutek**

1) ryzyko długotrwałych, kosztownych finansowo, ryzykownych prawnie i wizerunkowo sporów sądowych między pracownikami a nowym pracodawcą.

2) obciążenie personelu i pogorszenie sytuacji kadrowej, co jest jednym z głównych problemów w polskiej opiece zdrowotnej.

### **Uzasadnienie pkt 5**

Jak wynika z treści art 66 ust 7 udl, do pracowników placówek łączących się przez utworzenie nowego podmiotu, stosuje się regulacje zawarte w art. 231 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy. Co do zasady SPZOZ nowo powstały staje się z mocy prawa stroną w dotychczasowych stosunkach pracy. Takie rozwiązanie nie dotyczy pracowników SPZOZ-ów, którzy zatrudnieni są na innej podstawie niż umowa o pracę. Pracownikom zatrudnionym na podstawie umów cywilnoprawnych (większość kadry medycznej) lub na podstawie powołania, nowo powstały SPZOZ zobowiązany jest zaproponować nowe warunki pracy i płacy oraz wskazać termin, nie krótszy niż siedem dni, w którym pracownicy mogą złożyć oświadczenie o przyjęciu lub odmowie przyjęcia proponowanych warunków. Nowy pracodawca musi przestrzegać warunków pracy i płacy wynikających z umów oraz układów zbiorowych jednak po upływie roku warunki z układu zbiorowego stają się indywidualnymi warunkami umowy, co umożliwia ich zmianę.

W praktyce takie przejście skutkuje redukcjami kadrowymi, których przeprowadzenie na kilkutysięcznej załodze, obarczone jest ogromnym ryzykiem sporów sądowych między pracownikami a nowym pracodawcą. Spory takie są długotrwałe, kosztowne finansowo, ryzykowne prawnie i wizerunkowo.

## **II. Ryzyka finansowe**

1. Wartość rynkowa i stabilność finansowa szpitali

Na dzień dzisiejszy wartość rynkowa WSS (Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego) w Olsztynie wynosi 537 mln zł, co stawia placówkę na 1. miejscu w województwie i 16. w kraju. WSS Dziecięcy osiąga wartość 167 mln zł, zajmując 2. miejsce w regionie. Podstawowym zagrożeniem związanym z konsolidacją tych jednostek z innymi szpitalami, szczególnie z jednostkami zadłużonymi, jest przejście zobowiązań finansowych, które mogą negatywnie wpłynąć na dotychczasową stabilność finansową WSS. Obniżenie wartości aktywów szpitali oraz potencjalne obciążenie nowej jednostki wspólnym długiem, może prowadzić do rozcieńczenia jej dotychczasowej wartości rynkowej i ograniczenia zdolności do pozyskiwania finansowania zewnętrznego (np. kredyty, obligacje).

## 2. Utrata zdolności kredytowej i inwestycyjnej

Połączenie szpitali może skutkować pogorszeniem wskaźników finansowych nowej jednostki, w tym obniżeniem jej zdolności kredytowej. W przypadku pojawienia się trudności finansowych, spółka z nowymi zobowiązaniami może mieć problem z pozyskaniem dodatkowego finansowania na inwestycje, w tym niezbędne modernizacje i rozwój infrastruktury. W dodatku, obniżenie zdolności kredytowej może wpłynąć na wzrost kosztów kredytów i pożyczek, co negatywnie oddziaływałoby na dalszy rozwój jednostki.

## 3. Ryzyko utraty finansowania z funduszy UE i programów krajowych

Nowa jednostka, obciążona dodatkowymi długami i niewłaściwą strukturą finansową, może stać się mniej atrakcyjna dla instytucji finansujących, w tym funduszy unijnych oraz programów krajowych. Programy te często wymagają, by beneficjenci charakteryzowali się stabilnością finansową, solidnym zarządzaniem i możliwością pokrycia własnych kosztów. Dług oraz trudności w zarządzaniu finansami mogą prowadzić do utraty możliwości aplikowania o takie środki, co opóźni lub uniemożliwi realizację kluczowych projektów inwestycyjnych, które byłyby niezbędne do poprawy jakości świadczonych usług.

## 4. Zmniejszenie efektywności operacyjnej

Konsolidacja w krótkim okresie może prowadzić do obniżenia efektywności operacyjnej, ponieważ integracja różnych systemów, procedur oraz struktur organizacyjnych wymaga czasu i zasobów. Przez pierwsze kilka lat może dojść do chaosu w organizacji pracy, spadku morale wśród pracowników oraz opóźnień w realizacji usług, co w konsekwencji może prowadzić do zwiększenia kosztów operacyjnych.

## 5. Obniżenie wartości majątku publicznego

Połączenie z jednostkami o niższej wartości majątku może skutkować deprecjacją dotychczasowych zasobów, w tym tych, które zostały wypracowane przez lata dzięki inwestycjom samorządu, funduszom unijnym oraz środkom własnym WSS. W wyniku konsolidacji może dojść do rozproszenia wartości majątku publicznego, co jest niezgodne z zasadą racjonalnego gospodarowania mieniem publicznym (art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych). Jeżeli efekty ekonomiczne i społeczne konsolidacji nie będą proporcjonalne do poniesionych kosztów, takie działania mogą zostać uznane za nieuzasadnione oraz za marnotrawstwo publicznych środków.

## 6. Brak gwarancji oszczędności

Mimo obietnic związanych z uzyskaniem oszczędności w wyniku konsolidacji, wiele badań wskazuje, że fuzja szpitali publicznych często nie przynosi wymiernych oszczędności. W rzeczywistości, konsolidacja generuje dodatkowe koszty związane z integracją systemów IT, kadrowych, księgowych, reorganizacją struktury oraz odprawami dla zwolnionych pracowników. Koszty te mogą znacznie przewyższyć początkowe oszczędności związane z konsolidacją.

## 7. Wzrost kosztów w początkowym okresie konsolidacji

Proces konsolidacji wiąże się z dodatkowymi wydatkami, które mogą wzrosnąć o 10–15% w pierwszych dwóch-trzech latach. Koszty te są związane z takimi czynnikami, jak: integracja systemów IT, przeszkolenie personelu w zakresie nowych procedur, zmiany w strukturach organizacyjnych, a także tworzenie nowych stanowisk zarządzających, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania zintegrowanej placówki. W przypadku Olsztyna takie wydatki mogą

przekroczyć kilkadziesiąt milionów złotych, co zwiększa ryzyko nieosiągnięcia oczekiwanych korzyści ekonomicznych.

#### 8. Ryzyko „równania w dół”

Konsolidacja szpitali może prowadzić do zjawiska „równania w dół”, gdzie najlepsze praktyki i zasoby WSS mogą zostać obniżone do poziomu słabszych ekonomicznie placówek. W wyniku tego procesu cała struktura organizacyjna może ulec osłabieniu, a wysoka jakość usług świadczonych przez WSS może zostać zaburzona przez trudności finansowe i organizacyjne słabszych jednostek. Może to wpłynąć na spadek jakości opieki zdrowotnej i wydłużenie czasów oczekiwania na leczenie, co z kolei może prowadzić do utraty zaufania pacjentów i lekarzy.

#### 9. Niezadowolenie pacjentów i obniżenie jakości usług

Zwiększone koszty administracyjne oraz trudności w zarządzaniu dużą, zintegrowaną jednostką mogą negatywnie wpłynąć na jakość świadczonych usług medycznych. Zmiany organizacyjne, redukcja etatów oraz problemy z płynnością finansową mogą skutkować obniżeniem jakości opieki zdrowotnej, a także wydłużeniem czasów oczekiwania na leczenie. Takie zmiany mogą wpłynąć na niezadowolenie pacjentów, co może skutkować utratą zaufania do systemu opieki zdrowotnej w regionie.

### III. Ryzyka społeczne

#### 1. Odmiennosc funkcji i misji szpitali – ryzyko konfliktu celów

Szpital WSS, WSS Dziecięcy oraz MSZ pełnią przede wszystkim funkcję usługową i interwencyjną – są to placówki pierwszego kontaktu dla mieszkańców regionu, realizujące szeroki zakres świadczeń, od podstawowych po wysokospecjalistyczne. Z kolei USK jest szpitalem klinicznym, którego głównym zadaniem – zgodnie z ustawą – jest prowadzenie dydaktyki medycznej, badań naukowych oraz działalności eksperymentalnej.

Konsolidacja jednostek o skrajnie różnych misjach spowoduje nieuchronne napięcia organizacyjne i społeczne, prowadząc do konfliktu priorytetów: pacjent lokalny vs. potrzeby uczelni. Efektem może być osłabienie misji szpitali powiatowo-wojewódzkich i zmniejszenie ich ukierunkowania na mieszkańców.

#### 2. Zmiana priorytetów nowej jednostki – dominacja dydaktyki i badań

Po połączeniu z USK nowa jednostka stanie się formalnie szpitalem klinicznym, co oznacza zmianę podstawowych celów działania. Priorytety badań naukowych, realizacji projektów uczelnianych czy nadzoru specjalistów akademickich mogą przesunąć punkt ciężkości z opieki nad pacjentem na działania edukacyjne.

Ryzykiem jest:

- ograniczenie dostępności do świadczeń medycznych dla mieszkańców,
- wydłużenie czasu oczekiwania na podstawowe procedury, bo zasoby będą kierowane na cele dydaktyczne,
- ograniczenie działalności oddziałów, które są kluczowe dla społeczności, ale nie są atrakcyjne dydaktycznie.

#### 3. Dominacja interesów uczelni i państwa nad potrzebami lokalnej społeczności

Szpital kliniczny obowiązkowo realizuje cele uczelni i państwa – takie jak badania naukowe, kształcenie studentów oraz prowadzenie eksperymentów medycznych. W praktyce oznacza to, że:

- priorytety lokalnych pacjentów mogą zejść na dalszy plan,

- organizacja pracy będzie podporządkowana polityce akademickiej,
- strategiczne decyzje mogą zapadać poza regionem (na poziomie ministerialnym).

Powstanie w Olsztynie dużego, zunifikowanego szpitala klinicznego może doprowadzić do marginalizacji potrzeb mieszkańców Warmii i Mazur, zwłaszcza w zakresie szybkiego dostępu do leczenia.

4. Ryzyko przesunięcia priorytetów – więcej badań klinicznych i przypadków referencyjnych

Kliniki działają w modelu nastawionym na przypadki rzadkie, skomplikowane i badawcze. Oznacza to, że:

- bardziej opłacalne i prestiżowe będą procedury wysokospecjalistyczne,
- proste i planowe procedury mogą być spychane na dalszy plan.

Skutki:

- wzrost kolejek do zabiegów ortopedycznych, chirurgicznych, laryngologicznych czy pediatrycznych,
- ograniczony dostęp do świadczeń o dużej potrzebie zdrowotnej, ale niskiej atrakcyjności dydaktycznej (np. internistycznych, rehabilitacyjnych),
- zmniejszenie liczby zabiegów „codziennych”, których potrzebuje większość pacjentów.

To bezpośrednie zagrożenie dla jakości i dostępności opieki zdrowotnej w regionie.

5. Brak alternatywy leczenia – osłabienie bezpieczeństwa zdrowotnego

Po konsolidacji większość świadczeń medycznych zostanie skoncentrowana w jednej, gigantycznej jednostce klinicznej. Taki monopol:

- likwiduje naturalną konkurencję, która sprzyja poprawie jakości i efektywności,
- zmniejsza bezpieczeństwo zdrowotne – awaria, kryzys kadrowy lub techniczny w jednej jednostce sparaliżuje cały region,
- ogranicza pacjentom możliwość wyboru miejsca leczenia.

W sytuacjach kryzysowych (np. epidemie, katastrofy, cyberataki) brak drugiego dużego szpitala o statusie regionalnym znacząco obniży zdolność do reagowania i leczenia masowego.

6. Ryzyko zwolnień pracowników i destabilizacji zespołów

Konsolidacja niemal zawsze wiąże się ze „standaryzacją” etatów, łączeniem stanowisk i redukcją tzw. dublujących się funkcji.

Ryzyka społeczne:

- zwolnienia administracji, logistyki, pracowników technicznych i niektórych specjalistów,
- destabilizacja zespołów medycznych działających dziś w spójnych strukturach,
- odpływ doświadczonych lekarzy i pielęgniarek, którzy nie będą chcieli pracować w wielkiej strukturze klinicznej,
- obniżenie morale pracowników, niepewność zatrudnienia, wzrost konfliktów wewnętrznych.

W ochronie zdrowia, gdzie kluczowe są kompetencje i doświadczenie, utrata stabilności zespołów jest jednym z najpoważniejszych ryzyk społecznych.

## **WNIOSKI:**

Konsolidacja może mieć głęboki, negatywny wpływ na mieszkańców, pacjentów i personel. Najważniejsze zagrożenia społeczne to:

- marginalizacja potrzeb lokalnych pacjentów na rzecz celów akademickich,
- pogorszenie dostępności świadczeń i wydłużenie kolejek,
- osłabienie bezpieczeństwa zdrowotnego regionu poprzez koncentrację usług w jednym podmiocie,
- potencjalne zwolnienia i destabilizacja zespołów,
- ograniczenie rozwoju zawodowego pracowników,
- podporządkowanie misji zdrowotnej interesom dydaktycznym i naukowym.

## **MODEL KONSORCJUM**

Wobec powyższych zagrożeń procesu konsolidacji i jeśli głównym celem tego działania ma być powstanie nowego budynku szpitala w Olsztynie, to właściwszy wydaje się model umowy konsorcjum.

Olsztyńskie szpitale mogłyby skorzystać z narzędzia pozwalającego połączyć siły w celu realizacji założonych projektów.

Konsorcjum to forma strategicznej, celowej współpracy, w której dwa lub więcej niezależnych podmiotów decyduje się połączyć swoje zasoby, wiedzę i doświadczenie. Celem takiej współpracy może być realizacja skomplikowanego przedsięwzięcia gospodarczego (np. budowa infrastruktury-typu szpital) ale również poprawa funkcjonowania podmiotów leczniczych i optymalizacja ilości oddziałów i łóżek, wspólne planowanie inwestycji i zakupów.

Takie współdziałanie pozwala nie tylko dzielić ryzyko ale tworzyć połączenie kompetencji, co otwiera drogę do projektów przekraczających możliwości pojedynczego szpitala.

## **Zalety:**

1. nie tworzy się nowego bytu prawnego, nie ma przejścia składników majątkowych i kadry,
2. tworzy się na podstawie umowy cywilno-prawnej, która określa prawa i obowiązki uczestników oraz ich cele
3. bezpieczeństwo, lepsze dostosowanie do przeprowadzenia dużych projektów zarówno strukturalnych jak i funkcjonalnych
4. możliwość wskazania lidera i dokonania podziału zadań i odpowiedzialności.
5. brak zagrożeń wskazanych w procesie konsolidacji

Powyższą drogę dla osiągnięcia celów organizacji pracy i efektywności funkcjonowania oraz racjonalizacji kosztów działania wybrały Szpitale Śląskie. Z pomysłu konsolidacji wycofały się też władze w sąsiadującym z nami województwie podlaskim.

Zastępca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
dr m. med. Jerzy Gorny