



PFSz

# SZPITAL

NR 6 2/2014

MAGAZYN POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI – NARODOWEJ ORGANIZACJI SZPITALI „PONAD PODZIAŁAMI”

## PROGRAM HOPE EXCHANGE 2015

# Menedżerowie z zagraniczną praktyką

Wymiana menedżerów HOPE to multidyscyplinarny program szpitalny funkcjonujący od 34 lat, jeden z najambitniejszych programów w Unii Europejskiej związanych z ochroną zdrowia. Ma on na celu podnoszenie kwalifikacji personelu średniego i wyższego szczebla pracującego w szpitalnictwie i jego otoczeniu.

**T**egoroczna edycja nosi nazwę „Szpital 2020 – przyszłość szpitali i ochrony zdrowia”. Celem programu jest wywołanie dyskusji o sposobach myślenia na temat przyszłości medycyny oraz włączenie w spektrum zainteresowań menedżerów zdarzeń innowacyjnych, możliwości przenoszenia na grunt polski wysokiej rangi *know-how* czy nowych sposobów zarządzania. Telemedycyna, przepływ informacji, nowe technologie medyczne to zagadnienia, które za chwilę zdominują działania nowoczesnych menedżerów i mogą poprawić ich skuteczność.

### BEZCENNE DOŚWIADCZENIE

Menedżerowie wyjeżdżający na wymianę zagraniczną pozyskują doświadczenie, które mogą przenieść na grunt polski, a zawarte podczas wyjazdu znajomości procentują w relacjach zawodowych i prywatnych. Z kolei goście (z reguły bardzo pozytywnie zaskoczeni naszym krajem, zmianami, które zachodzą w sektorze ochrony zdrowia) mogą przekazać wiele własnych doświadczeń pracownikom szpitali w Polsce, ale też sami się uczą. Mówią o dużym postępie, entuzjazmie i uważają, że jesteśmy w doskonałym momencie historii – głównie za sprawą napływających środków unijnych, dzięki którym możliwe są nowe inwestycje i usprzętowanie. Idące w ślad za tym nowe programy dla chorych powodują, że polskie szpitale coraz częściej nie mają się czego wstydzić. Niektórzy goście twierdzą, że pod względem posiadanego sprzętu polskie szpitale stoją czasami wyżej niż zagraniczne. Mankamentem są w dalszym ciągu nieherme-

tyczne i źle wycenione procedury lecznicze, czyli to, że w Polsce nie leczy się pacjentów tak skutecznie jak za granicą. Jakościowo niestety odbiegamy od średniej europejskiej, ponieważ wydajemy na ochronę zdrowia mniej niż inne państwa europejskie. To pochodna mniejszego budżetu. Ale to może się częściowo zmienić za sprawą personelu medycznego i zarządów szpitali, które poprzez lepsze przygotowanie i zwiększenie wydajności (w tym wydajne technologie) mogą podnieść skuteczność swoich działań.

### ROZWIĄZANIA PRZENOSZONE DO POLSKI

Jakie rozwiązania przenosimy na grunt polski? Choćby wdrożenia w zakresie farmakoekonomiki, wydajnego i bezpieczniejszego sprzętu lub teleinformatyki. Są to nowe systemy informatyczne i robotyka, które poprawiają gospodarkę lekami, telemedycyna, szybszy dostęp i przepływ informacji na linii pacjent – lekarz – zarząd lub informatyczne wsparcie dla decydujących o wyborze ścieżki inwestycyjnej, nowoczesne urządzenia pozwalające na międzynarodowe, śródoperacyjne konsultacje on-line etc.

### NOWE TWARZE WYMIANY

W nowej edycji Programu HOPE Exchange 2015 menedżerów z UE zaproszą: Szpital Miejski w Zabrze, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej i Szpital Wojewódzki w Zielonej Górze.

Ze strony polskiej na wymianę międzynarodową pojadą: Barbara Czachowska – koordynator działu prawnego Szpitala Miejskiego

w Zabrzu, Beata Wieczorek – dyrektor ds. pielęgniarstwa Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie, Marta Dziegielowska – dyrektor ds. inwestycji Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze, Krzysztof Albiński – dyrektor naczelny Szpitala Powiatowego w Wolsztynie, dr Sebastian Nowicki – wiceprezes Szpitala Powiatowego we Wrześni, oraz Tomasz Koziół – dyrektor ds. administracyjno-technicznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy. Miejsce ich stażu będzie znane w grudniu tego roku po kontraktacji przez koordynatora krajowego Programu HOPE Exchange Bogusława Budzińskiego.

Dodatkowym przywilejem wynikającym z udziału Polski w powyższym projekcie będzie organizacja końcowej konferencji dla wszystkich uczestników programu, zwanej HOPE Agorą, w Warszawie 1–2 czerwca 2015 r. Oprócz partycypantów Programu spodziewamy się znamienitych gości kreujących politykę zdrowotną w UE, łącznie ok. 250 osób z całej Europy. Organizatorem jest Polska Federacja Szpitali, której prezes prof. Jarosław Fedorowski jest jednocześnie gubernatorem HOPE w Polsce, a Anna Szczerbak – oficerem łącznikowym. Serdecznie zapraszamy już dzisiaj na to wyjątkowe wydarzenie. ■



**Bogusław Budziński**,  
krajowy koordynator  
Programu HOPE  
Exchange, członek  
Rady Naczelnej PFSz

# Wzorcowe ratowanie życia



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, tworząc Centrum Urazowe, opracował rekomendacje dotyczące postępowania z pacjentem z urazem wielonarządowym. Usprawniły one działanie systemu ratownictwa medycznego i kwalifikację pacjentów do otrzymania specjalistycznej pomocy.

**S**zpitalny Kliniczny Oddział Ratunkowy (SKOR) zajmuje się pacjentami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Od 2011 r. w ramach SKOR utworzono Centrum Urazowe, do którego trafiają najbardziej poszkodowani pacjenci urazowi z regionu Warmii i Mazur. Stanowi ono wyspecjalizowaną jednostkę, w której prowadzone są działania diagnostyczno-lecznicze ukierunkowane przede wszystkim na niesienie pomocy pacjentom z urazami wielonarządowymi. Na miejscu nieustannie dyżuruje zespół specjalistów (*trauma team*), co zmniejsza czas od diagnostyki do wdrożenia specjalistycznego leczenia, najczęściej zabiegowego.

## REKOMENDACJE DOTYCZĄCE RATOWANIA ŻYCIA

Równoległe z utworzeniem Centrum Urazowego z inicjatywy koordynatora SKOR wypracowano **rekomendacje dotyczące postępowania z pacjentem z urazem wielo-**

**narządowym**, nad których przygotowaniem pracował zespół ekspertów z wielu dziedzin medycyny oraz przedstawiciele Centrum Powiadamiania Ratunkowego, Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego oraz Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego. Bardzo ważną rolę odegrał również dyrektor oddziału olsztyńskiego NFZ jako płatnik procedur wysokospecjalistycznych.

Rekomendacje obejmują również usprawnienie współpracy zespołów ratownictwa medycznego w innych zakresach medycznych. Wypracowane wspólnie wytyczne pozwoliły na ściśle współpracę poszczególnych elementów zintegrowanego ratownictwa medycznego w regionie. Zaangażowane w wypracowanie rekomendacji instytucje doszły do konsensusu w sprawie transportu, opieki oraz przyjęcia do szpitala osób poszkodowanych w wypadkach i nagłych wydarzeniach. Omawiany system współdziałania jest jeszcze daleki od ideału i wymaga ciągłego doskonalenia.

## WYTYCZNE POSTĘPOWANIA

### Kryteria uruchomienia zespołu urazowego:

Lekarz lub ratownik medyczny zespołu ratownictwa medycznego lub Lotniczego Pogotowia Ratunkowego kontaktuje się z Centrum Powiadamiania Ratunkowego, koordynatorem ratownictwa medycznego i lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego, który uruchamia procedurę urazową (*trauma call*).

Po zapoznaniu się z informacją o stanie pacjenta urazowego kierownik wraz z zespołem oczekują na pacjenta na SKOR. W przypadku pacjenta urazowego przywiezionego na SKOR przez osoby postronne zespół SKOR wykonuje segregację (*triage*) i wg potrzeby zawiadamia kierownika zespołu urazowego. Na SKOR przeprowadza się wstępną diagnostykę pacjenta urazowego oraz jego leczenie w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych. Kierownik zespołu urazowego koordynuje pracę zespołu i personelu średniego (pielęgniarki i ratownik medyczny), przydzielając konkretne zadania poszczególnym członkom zespołu i wydając jasne polecenia. Odchylenia od stanu prawidłowego są oznajmiane w taki sposób, aby cały zespół urazowy był dobrze zapoznany ze wszystkimi obrażeniami. Kierownik zespołu dba o to, żeby praca była wykonywana szybko, skutecznie i z zachowaniem spokoju.

### NIEODZOWNY TRIAGE

W celu usprawnienia pracy SKOR wprowadzono system segregacji medycznej *triage*, gdzie już w wstępie czerwonym kodem oznaczani są pacjenci w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagający natychmiastowej opieki medycznej, a następnie kolejno kodami żółtym bądź zielonym pacjenci znajdujący się w ustabilizowanym stanie, niewymagający natychmiastowej opieki.

Każdy pacjent przyjęty na oddział zna orientacyjny czas oczekiwania na badanie lekarskie, co w dobie przeciążenia oddziałów ratunkowych jest znacznym ułatwieniem zarówno dla pacjentów, jak i dla personelu.

Centrum Urazowe to perfekcyjnie zorganizowana współpraca poszczególnych oddziałów, dobrze dopracowany system i metody działania, w które są włączeni najlepsi specjaliści z różnych dziedzin medycyny. A wszystko po to, by pacjent z obrażeniami wielonarządowymi, które najczęściej występują u osób poszkodowanych w wypadkach, miał jak największe szanse nie tylko na przeżycie, ale przede wszystkim na szybką diagnozę, dobór optymalnych metod eliminacji zagrożeń życia i szybki powrót do zdrowia.

### KSZTAŁCENIE I PROFILAKTYKA

Dzięki zastosowaniu określonych procedur postępowania z pacjentem Centrum Urazowe jest w stanie zapewnić jednocześnie pełne, specjalistyczne leczenie większej liczbie osób z urazami wielonarządowymi, a co najważ-

niejsze – ograniczyć liczbę powikłań, skutków urazów oraz zminimalizować ich następstwa (zmniejszenie następstw inwalidztwa).

Oddział ratunkowy jest oddziałem klinicznym, na którym odbywa się również proces kształcenia studentów Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Ze względu na odpowiedzialną funkcję, jaką jest szerzenie wiedzy wśród adeptów sztuki medycznej, pracownicy kliniczno-dydaktyczni w sposób ciągły zwiększają swoje kwalifikacje, biorąc udział w konferencjach naukowych i szkoleniach, a także prowadząc własne badania kliniczne, m.in. nad skutecznością mechanicznej resuscytacji u pacjentów z zatrzymaniem krążenia.

Poza działalnością leczniczą koordynator SKOR kładzie szczególny nacisk na profilaktykę. Oprócz prowadzenia szkoleń z zakresu szeroko rozumianej pierwszej pomocy organizuje akcje o charakterze edukacyjnym z udziałem władz miasta oraz kampanie społeczne pod patronatem lokalnych mediów, dzięki czemu szerzona jest świadomość oraz wiedza na temat postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego wśród mieszkańców miasta i okolic. Do tych działań szeroko włączani są studenci polscy i zagraniczni z koła naukowe-go medycyny ratunkowej.

## PLANY

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie planuje wprowadzić system usprawnienia przyjmowania pacjentów na SKOR. Głównym zadaniem aplikacji tego systemu jest wdrożenie segregacji pacjentów zgodnie z zasadami *triage*, a także rejestrowanie czasu obsługi pacjenta podczas pobytu na SKOR celem poprawienia jej jakości na podstawie obserwacji. Aplikacja dodatkowo będzie monitorowała przebieg kolejnych etapów leczenia pacjenta. System ten uporządkuje ruch chorych na oddziale od przyjęcia do wypisu.

Dodatkowo podział pacjentów na grupy ma za zadanie informować lekarzy i oczekujących pacjentów o liczbie zakwalifikowanych chorych w danej grupie oraz o tym, jak długo trwa oczekiwanie na świadczenie medyczne, co ma na celu zaprowadzenie ładu i porządku oraz opanowanie emocji u rodzin i pacjentów, które zwykle pojawiają się w sytuacjach zagrożenia zdrowia.

W najbliższej przyszłości SKOR jest zainteresowany rozszerzeniem resuscytacji krążeniowo-oddechowej z użyciem urządzeń mechanicznych, z zastosowaniem hipotermii terapeutycznej oraz nieinwazyjnej wentylacji zastępczej. ■



**Irena Kierzkowska,**  
członek Zarządu  
PFSz, dyrektor  
WSS w Olsztynie,  
który od 2013 r.  
jest członkiem PFSz



**O**d pierwszego kwartału 2014 r. Polska Federacja Szpitali jest członkiem Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej. Włączenie się nowego członka w prace tej organizacji będzie korzystne dla obydwu stron.

Polska Federacja Szpitali stała się członkiem organizacji reprezentatywnej w rozumieniu ustawy o Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego i z tego tytułu ma możliwość uczestniczenia w pracach Trójstronnej Komisji, czyli bierze udział w konsultacjach społecznych projektów aktów prawnych (ustaw, rozporządzeń i zarządzeń), a także może brać udział w pracach obu izb polskiego parlamentu. Dla Pracodawców RP nowy członek to zwiększenie reprezentatywności organizacji, a tym samym większe możliwości negocjacyjne w kontaktach z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia.

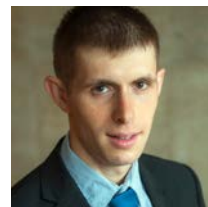
Polska Federacja Szpitali włączyła się aktywnie w prace Zdrowego Zdrowia – korporacji branżowej zrzeszającej związek i stowarzyszenia zajmujące się kwestią ochrony zdrowia: Związek Pracodawców Medycyny Prywatnej, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Porozumienie Zielonogórskie. Ciało to jest ukonstytuowane umową, zatrudnia swojego eksperta, organizuje różnego rodzaju wydarzenia, takie jak spotkania z decydentami, konferencje merytoryczne oraz konferencje prasowe. Zdrowe Zdrowie jest jednostką zrzeszającą najważniejszych graczy na polskim rynku medycznym w zakresie reprezentacji świadczeniodawców.

## AKADEMIA ZDROWIA WSPÓLNIE Z POLSKĄ FEDERACJĄ SZPITALI

Ponadto PFSz włączyła się w prace Akademii Zdrowia 2030. Jest to grupa doradczą powołana z inicjatywy Andrzeja Mądrali, wiceprezenta Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, w kwietniu 2013 r. Impulsem do powstania Akademii Zdrowia 2030 była zapowiedź Ministerstwa Zdrowia przeprowadzenia zmian

funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Grupę tworzy zespół 18 ekspertów wywodzących się z różnych środowisk i reprezentujących różnorodnie doświadczenia oraz organizacje – m.in. świadczeniodawców publicznych i prywatnych, szpitale kliniczne, środowiska pacjentów, lekarzy, menedżerów zdrowia i uczelni, organizacje pozarządowe, instytucje badawcze i doradczki związane z gospodarką zdrowotną. Założeniem przyświecającym pracom grupy jest konsensus co do ponadśrodotkowskiego charakteru współpracy i uzgodnienie pomiędzy wszystkimi uczestnikami konsultacji rozwiązań, priorytetów i rekomendacji kierunków zmian w systemie ochrony zdrowia. Od kwietnia 2013 r. do tej pory odbyło się kilkadziesiąt sesji i seminariów eksperckich, które pozwoliły wypracować wspólny dokument, stanowiący podstawę do dalszych prac i dyskusji nad możliwościami i warunkami społecznymi, politycznymi oraz finansowymi koniecznymi do wdrożenia proponowanych zmian. Obecnie Akademia Zdrowia 2030 współpracuje z klastrem medycznym Nowoczesna Medycyna, co pozwala osiągnąć większy efekt synergii i zewnętrzne finansowanie jej funkcjonowania.

Polska Federacja Szpitali otrzymuje regularnie informacje o wszystkich projektach aktów prawnych kierowanych do konsultacji społecznych i zaproszenia na posiedzenia sejmowej i senackiej Komisji Zdrowia. Obecnie współpraca obejmuje także rekomendowanie wspólnych kandydatów do wojewódzkich rad potrzeb zdrowotnych i rad oddziałów wojewódzkich NFZ oraz członków Rady ds. Taryfikacji Świadczeń Medycznych tworzonej przy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. ■



**Grzegorz Byszewski,**  
Pracodawcy RP  
 Pracodawcy RP  
25 LAT

# Brak precyzji w standardach postępowania rehabilitacyjnego

O największych problemach w polskiej rehabilitacji, bałaganie prawnym i jego konsekwencjach, traktowaniu rehabilitacji na poziomie decyzyjnym jak zwykłej gimnastyki oraz niedocenianiu rangi rehabilitacji jako końcowego etapu leczenia – mówi **Krystyna Walendowicz**, członek Rady Naczelnej PFSz, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem.

**W** rehabilitacji, podobnie jak w innych obszarach związanych z medycyną, nie brakuje poważnych problemów, które wpływają na jej funkcjonowanie. Wynikają one nie z rehabilitacji jako takiej, bo jak podkreśla dyr. Krystyna Walendowicz – dyscyplina ta ciągle się rozwija, tylko z systemu, a dokładniej z braku koordynacji działań, co przekłada się na niedocenianie rangi rehabilitacji w tzw. koordynowanej opiece medycznej nad pacjentem. Szefowa Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego w Zakopanem zwraca uwagę m.in. na brak precyzji w standardach postępowania rehabilitacyjnego. Niezrozumiałe jest jej zdaniem dopuszczenie płatnika do spraw związanych z decydowa-

niem o kształcie rehabilitacji. Próbuje on kreować politykę w zakresie rehabilitacji i czyni to błędnie.

– *Od lat finansowanie leczenia naszego pacjenta utrzymuje się na takim samym poziomie, jeśli chodzi o wycenę punktu. Głównym problemem jest jednak systemowy bałagan* – mówi Krystyna Walendowicz. – *W moim przekonaniu opieka stacjonarna jest równoznaczna z opieką szpitalną. I właśnie na tej płaszczyźnie pojawia się największy problem, który być może wynika z niezrozumienia intencji Ministerstwa Zdrowia przez płatnika. Z koszyka świadczeń gwarantowanych nie wynika bowiem, że istnieje możliwość, iż rehabilitację leczniczą w warunkach szpi-*

*talnych – czyli stacjonarnych – mogą wykonywać zarówno oddziały szpitalne, jak i zakłady rehabilitacji leczniczej. A płatnik próbuje utrwalić taki model funkcjonowania rehabilitacji szpitalno-stacjonarnej poprzez dołączenie zakładów rehabilitacji leczniczej – dodaje.*

## JAKOŚĆ W REHABILITACJI TO PODSTAWA

W związku z taką wykładnią tworzone są oddziały stacjonarne w zakładach rehabilitacyjnych, powstają małe ośrodki rehabilitacyjne, które nie są przygotowane do profesjonalnej rehabilitacji. Prowadzi to do braku gwarancji jakości świadczonych usług i chaosu. Niestety rehabilitacja spadła do takiego poziomu, że można zorganizować ją w „garażu”, ponieważ nie podlega żadnym normom jakościowym.

– *Prezes NFZ utrwała taką sytuację. Nie wiadomo, dlaczego wyłączył jakość z zakresu rankingowania świadczeń w celu uzyskania akredytacji przez oddziały rehabilitacji szpitalnej. Dopuszczenie do leczenia stacjonarnego, równego szpitalnemu, w zakładach rehabilitacyjnych, które nie podlegają żadnej ocenie jakościowej i nie mają narzuconych*

## Kontraktowanie NFZ przedłużone do 2016 r.

**N**owelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych przedłuży obecnie obowiązujące kontrakty do 30 czerwca 2016 r. W identyfikacji potrzeb pacjentów będą pomagać mapy zdrowotne, których wdrażanie do systemu potrwa 5 lat. Przedłuży się także maksymalny okres obowiązywania kontraktów na świadczenia szpitalne z 3 do 10 lat – to tylko niektóre z ważnych zmian. Zasadnicze zmiany w zakresie zawierania umów na świadczenia opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia wprowadza nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 22 lipca br., która w pełnym zakresie wejdzie w życie 1 stycznia 2015 r. Nowelizacja zakłada przede wszystkim przedłużenie obecnie obowiązujących kontraktów do 30 czerwca 2016 r. Należy zatem założyć, że co do zasady nie będzie nowych postępowań

konkursowych aż do 2016 r., a dotychczasowe kontrakty zostaną „zamrożone”. Wiąże się to z wprowadzonymi nowelizacją nowymi regułami kontraktowania za pomocą map potrzeb zdrowotnych, których celem jest identyfikacja specyficznych potrzeb zdrowotnych określonych regionów. Mapy będą przyjmowane na okres 5 lat, przy czym pierwsza mapa potrzeb zdrowotnych zostanie przygotowana do 1 kwietnia 2016 r. na okres od 30 czerwca 2016 r. do 31 grudnia 2018 r.

### UZYSKANIE KONTRAKTU UZALEŻNIONE OD OPINII WOJEWODY

Nowelizacja zakłada wydawanie opinii w zakresie celowości inwestycji podejmowanych przez podmioty lecznicze, w szczególności polegających na utworzeniu nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nowej jednostki lub komórki organizacyjnej, przez

województw od 30 czerwca 2016 r. Podstawą tych opinii będą m.in. mapy potrzeb zdrowotnych. Zgodnie z nowymi regułami kontraktowania z NFZ dodatkowym kryterium oceny ofert będzie posiadanie lub nieposiadanie przez podmiot leczniczy takiej właśnie opinii. Pozytywna opinia zapewni oferentowi większą liczbę punktów, ale nie będzie gwarantowała uzyskania kontraktu. Należy przy tym pamiętać, że oferenci nieposiadający opinii nie będą wykluczani z postępowań, ale zostaną zmuszeni do przedstawienia bardzo konkurencyjnych ofert celem zbilansowania liczby punktów utraconych z powodu braku opinii. Wnioski o wydanie opinii będą rozpatrywane zgodnie z kolejnością ich wpływu, toteż późniejszy wniosek dotyczący rozpoczęcia działalności lub przeprowadzenia inwestycji w zakresie specjalizacji, której dotyczył poprzedni wniosek, zakończony wydaniem pozytywnej opinii, będzie miał mniejsze szanse powodzenia.

### MAPY ZDROWOTNE – POMOC W „LOKALIZACJI” POTRZEB

Inicjatywę ustawodawczą w postaci stworzenia map potrzeb zdrowotnych należy uznać za słuszną, niemniej jednak wydawanie opinii

standardów postępowania, prowadzi do chaosu – podkreśla dyr. Walendowicz.

## REHABILITACJA NIE JEST ZWYKŁĄ GIMNASTYKĄ

W jaki sposób system powinien być reorganizowany? Ostatnim etapem leczenia powinna być profesjonalna rehabilitacja dostosowana do potrzeb określonej grupy pacjentów. Postępowanie winien prowadzić zespół multidyscyplinarny, który cechować będzie kompleksowe spojrzenie. Chodzi o to, by pacjent trafiający na oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej miał zapewnioną opiekę lekarza prowadzącego o specjalizacji rehabilitacja medyczna oraz innych specjalistów, np. pulmonologa, reumatologa, neurologa, psychologa, ortopedy, kardiologa.

– *Rehabilitacja prowadzona w takim zespole przynosi efekty i daje gwarancję bezpieczeństwa pacjenta. W przypadku zakładu rehabilitacji leczniczej nie jest możliwe prowadzenie leczenia szpitalnego, które musi zapewnić całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską. Błędem jest też to, że lekarze POZ są uprawnieni do kierowania pacjenta na rehabilitację ambulatoryjną. Często nie do końca wiedzą oni, na co kierować pacjenta i gdzie* – stwierdza dyr. Walendowicz.

Dlaczego tak jest? Być może dlatego, że rehabilitacja na poziomie decyzyjnym wciąż kojarzy się z gimnastyką. Tak długo, jak to się nie zmieni i pacjenci rzucani będą w systemowy wir chaosu, trudno mówić o kompleksowym leczeniu. ■

Rozmawiała Kamilla Gębska

w zakresie nowych inwestycji w służbie zdrowia stanowi pośrednio ograniczenie swobody działalności gospodarczej i może prowadzić do nadużyć. Nie do końca jasny jest również przewidziany nowelizacją tryb uchylecia lub zmiany pozytywnej opinii. Nowelizacja ustawy nie przewiduje również żadnego postępowania odwoławczego w przypadku uzyskania przez podmiot leczniczy opinii negatywnej.

Za bez wątpienia pozytywny aspekt nowelizacji należy natomiast uznać przedłużenie maksymalnego okresu obowiązywania kontraktów na świadczenia szpitalne z 3 do 10 lat, a w zakresie pozostałych świadczeń z 3 do 5 lat. Zmiana ta była już postulowana przez środowiska lecznicze od dłuższego czasu. Przedłużony okres obowiązywania kontraktów z NFZ zapewni placówkom medycznym większą stabilizację, przewidywalność świadczeń zdrowotnych i możliwość pozyskiwania zewnętrznego finansowania. ■



**Anna Kowalczyk-Pogorzelska**,  
radca prawny  
w biurze Miller  
Canfield w Warszawie



## Lekarze rodzinni a współpraca ze szpitalami

**N**iedobory miejsc w szpitalach – czy to wina lekarzy rodzinnych i przerzucania kosztów, czy zbyt dużego obciążenia POZ? Jak poradzić sobie z brakiem jasnego i sprawnego przekazu informacji o pacjencie pomiędzy poszczególnymi sektorami opieki zdrowotnej? Lekarz rodzinny i „szpitalnik” nie powinni być dla siebie konkurencją.

Szpitalna izba przyjęć jest miejscem styku otwartego i zamkniętego systemu opieki zdrowotnej oraz pomocy doraźnej. Wielokrotnie, pełniąc swoje lekarskie obowiązki, odwiedzamy osobiście lub poprzez skierowanie w ręku pacjenta to miejsce i nasz punkt widzenia zależy od tego, jaką funkcję w tej chwili pełniimy. Najdłużej w swojej karierze zawodowej pracowałem jako lekarz szpitalny oraz lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

### PODRZUCANIE SOBIE PACJENTÓW

Lekarz szpitalny, zawsze obciążony niedoborem miejsc na oddziale, dokonuje selekcji pacjentów kierowanych na hospitalizację i z dużym niepokojem wpisuje do książki odmów terminy potencjalnych przyjęć lub przyczyny definitywnego braku przyjęcia na oddział. Podświadomie hodzi w sobie poczucie krzywdy, że tych skierowań jest za dużo i że lekarze rodzinni przerzucają koszty, obowiązki i odpowiedzialność za opiekę nad pacjentem na personel szpitalny. Lekarz rodzinny (POZ), najczęściej opiekujący się ponaddwutysięczną populacją pacjentów i udzielający kilkudziesięciu porad dziennie, ma mało czasu na weryfikację wstępnego rozpoznania i zaawansowania schorzenia w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Zdarza się tak najczęściej, jeśli chorzy przewlekłe omijają przychodnię z daleka pomimo wyznaczonych terminów kontroli stanu zdrowia. Trafiają tam dopiero wtedy, kiedy na leczenie w trybie ambulatoryjnym nie ma już szans.

### CO POWINIEN USŁYSZEĆ PACJENT?

Jedynym przekazywaniem informacji pomiędzy tymi lekarzami jest pacjent, który często słucha tego, czego usłyszeć nie powinien i zapewne nie chce. Korespondując skierowaniami i odmowami przyjęć, często nie wnikamy głębiej w przyczyny zaistniałej sytuacji. Pacjent nierzadko jest informowany o zdaniu jednego doktora na temat drugiego, co nie podnosi naszego prestiżu. Efektem jest coraz większy podział środowiska na grupy interesów, gdzie chory człowiek jest tylko źródłem konfliktu, a nie obiektem troski. Coraz bardziej brakuje sprawnego przekazywania informacji o pacjencie pomiędzy poszczególnymi sektorami opieki zdrowotnej. Bieżąca wymiana informacji usprawnia i koordynuje proces opieki nad pacjentem, szczególnie przewlekłe chorym, daje wiedzę o rzeczywistych warunkach wykonywania świadczeń i pozwala uniknąć konfliktów, których przyczyną są niedoskonałości obecnego systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. ■

**Jacek Krajewski**, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, która od sierpnia 2014 r. jest członkiem Pracodawców RP

# Szafa gra

Zarządzanie kosztami jest jednym z najważniejszych elementów funkcjonowania podmiotów leczniczych na tak trudnym rynku, jakim jest obecnie rynek medyczny. Niedofinansowanie podmiotów leczniczych przy coraz większych kosztach i wymogach staje się rzeczywistością, która spędza sen z powiek zarządzającym. Praktycznie na co dzień mamy do czynienia z problemami, których rozwiązanie przysparza nam wiele trudności.

**N**a wielu szkoleniach oraz konferencjach medycznych jednym z głównych tematów jest ogólnie działalność podmiotów leczniczych, jak również wprowadzanie nowych technologii IT i przekonywanie menedżerów, że zakup danego sprzętu czy wdrożenie systemu informatycznego będą pomocne w zarządzaniu jednostką.

## NARZĘDZIA

Każdy chciałby mieć w swoim podmiocie nowoczesne systemy IT i inne, jednak droga od chęci do zakupu jest w dalszym ciągu bardzo długa. Jednym z tematów konferencyjnych, który wzbudził moje zainteresowanie, była tzw. **szafa lekowa** z możliwością połączenia z systemem informatycznym tzw. części białej szpitala i bezpośrednim kontaktem z programem apteki szpitalnej. Postanowiłem sprawdzić, jak działa system firmy **Da Vinci Medical System**, co oznacza dla zarządzającego podmiotem leczniczym, personelu, kierownika apteki i pacjenta. Z pewnością każdy powie, że

taki system jest drogi, nieopłacalny. Czy rzeczywiście tak jest? Czy każdy z nas ma dokładną wiedzę na temat kosztów jego instalacji? Na początek wybrałem oddział chorób wewnętrznych z salą intensywnej opieki kardiologicznej – oddział obłożony w stu procentach, generujący nadwykonania, pacjenci z różnymi jednostkami chorobowymi, duży obrót lekami i innymi wyrobami medycznymi. Okazało się, że wdrożenie systemu i instalacji nowych szaf lekowych był remontem oddziału, ale nawet bez remontu nie byłoby to problemem – wystarczy miejsce i „wtyczka do Internetu”. Szafa lekowa jest podłączona do szpitalnej sieci informatycznej, połączona z serwerem, ma łącze z magazynem aptecznym i programem obsługującym aptekę szpitalną. Dostęp do szafy jest kodowany, każdy pracownik posiada kartę magnetyczną przypisaną do swojego nazwiska, bez której nie ma możliwości otwarcia szafy, chyba że w trybie awaryjnym, o czym system od razu poinformuje i po usunięciu awarii zleci przeprowadzenie obowiązkowej

inwentaryzacji. Leki są zlecane i wydawane na pacjenta, wszystko jest wyświetlane na dotykowym monitorze połączonym ze skanerem do leków, każdy lek ma kod wewnętrzny. Bardzo ważne dla mnie jako zarządzającego podmiotem leczniczym jest to, że po jakimś czasie mogę zidentyfikować numer serii leku, który został podany pacjentowi. Nie bez powodu o tym piszę – to może być ważne w razie rozszczeń pacjentów, a tak naprawdę każdy podmiot leczniczy powinien taką wiedzę posiadać.

## POPRAWA KONTROLI

Wdrożenie szaf lekowych w miejsce apteczek oddziałowych jest spowodowane koniecznością poprawy kontroli nad lekami i wyrobami medycznymi na danym oddziale. Oddział wewnętrzny szpitala, którym zarządzam, ze względu na dużą liczbę pacjentów z różnymi rozpoznaniem generuje największe zamówienia z apteki głównej szpitala. Za pomocą dotychczas stosowanych apteczek oddziałowych nie jest możliwa (ze względów technicznych) bieżąca kontrola – z dnia na dzień – stanu leków i produktów leczniczych. Uporządkowanie tej części ma przynieść racjonalizację zamówień i ich lepszą kontrolę, co spowoduje zmniejszenie kosztów funkcjonowania oddziału. Obecnie wraz z firmą **Da Vinci Medical System** szkolimy pracowników, wprowadzamy system elektronicznych zleceń lekarskich, w przyszłości wyposażony w kalkulatory JGP. Dane będą służyły do ciągłego monitorowania wyników finansowych konkretnego oddziału i uzyskania bieżących informacji na temat kosztów leczenia danego pacjenta. Zapraszam wszystkich chętnych do zapoznania się z systemem. Film z instrukcją obsługi znajduje się na stronie [www.dvms.pl](http://www.dvms.pl)



**Piotr Miadziółko**,  
dyrektor SP ZOZ  
w Gostyniu, członek  
Rady Naczelnej PFSz;  
SP ZOZ w Gostyniu  
jest członkiem PFSz  
od 2012 r.



## ORGANIZATORZY:



## PARTNERZY:



Kontakt:  
Iwona Wiatr  
e-mail: [i.wiatr@termedia.pl](mailto:i.wiatr@termedia.pl)  
tel.: +48 61 822 77 81, wew. 406  
tel. kom. 512 027 361

**WWW.TERMEDIA.PL**

# Diabelskie sztuczki z aneksami

**Z**arządzamy dużymi przedsiębiorstwami – czasami największymi na danym terenie, tworzymy i ponosimy odpowiedzialność za wiele miejsc pracy, opierając się na obowiązujących aktach prawa, budujemy strategię rozwoju, a czasami tylko przetrwania dla naszych jednostek, a tu...

Po raz kolejny zmienione zostały jednostronnie zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i wiele z tych planów stało się bezwartościowe, a realizowane strategię zamiast rozwoju mogą przynieść jedynie „nieuzasadniony wzrost kosztów”.

Myślę, że większość z Czytelników domyśla się, o czym piszę – kolejne aneksowanie umów przez NFZ. Zapowiadane były konkursy i związane z tym możliwości „wejścia” z nową działalnością. Wielu dyrektorów potraktowało to jako szansę i wyzwanie dla kierowanych przez siebie jednostek. A więc inwestowaliśmy, na ile tylko mogliśmy pozyskać fundusze, licząc, że inwestycję się zwróci. Niestety, płatnik zmienił zdanie.

No i po raz kolejny zamiast szczerzyć się skutecznie realizowaną strategią będziemy się tłumaczyć z podjętych decyzji, i to może już przed nowym właścicielem.

Aneksowanie to także utrzymanie cen na niezmiennym od lat poziomie, przy sukcesywnie rosnących kosztach, co przekłada się na rosnące zadłużenie i niską ocenę naszych umiejętności zarządczych.

Obecne aneksowanie ma jeszcze jedną nową cechę – akceptujemy warunki, których nie znamy. Podpisaliśmy, bo trudno było nie podpisać, zgodę na przedłużenie obowiązujących umów do 30 czerwca 2016 r., nie wiedząc, co to oznacza dla kierowanych przez nas jednostek i nas samych. W majestacie prawa kupiliśmy kota w worku. Ciekawe, ilu z nas za ten „zakup” zapłaci stanowiskiem lub własnym zdrowiem... Może przynajmniej będziemy mogli się leczyć, nie czekając w wielomiesięcznych kolejkach. ■



**Małgorzata Majer,**

członek Rady Naczelnej PFSz, prezes STOMOZ, dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi, który od 2012 r. jest członkiem PFSz

## Dyrektorzy polskich szpitali podbili Danię



**N**a początku października delegacja Polskiej Federacji Szpitali, w której skład weszło 16 dyrektorów szpitali z całego kraju, odbyła niecodzienną wizytę w Danii w ramach tzw. *hospital study tour*. Propozycję wyjazdu otrzymał prezes PFSz podczas wizyty delegacji rządowej Danii w Warszawie.

Dla uczestników dwudniowego *hospital study tour* przygotowano bogaty program. Dyrektorzy polskich szpitali mieli okazję zapoznania się z narodowym systemem ochrony zdrowia, który został przedstawiony podczas spotkania w duńskim Ministerstwie Zdrowia. Z kolei w szpitalu uniwersyteckim w Kopenhadze zaznajomili się z nowatorskim, interdyscyplinarnym programem leczenia ran oraz systemem medycyny ratunkowej regionu stołecznego. Ważnym punktem była wycieczka do miasta Aarhus, drugiego co do wielkości miasta Danii, gdzie polską delegację oprowadzono po największej duńskiej inwestycji w zakresie ochrony zdrowia, czyli budowie nowego szpitala uniwersyteckiego. Przedsięwzięcie to ma budżet wynoszący miliard euro. Była to okazja do zapoznania się z najnowocześniejszymi technologiami, w tym ze zintegrowanym systemem informatyki i logistyki szpitalnej. Delegaci odwiedzili także siedzibę Centrum Innowacyjnych Technologii Medycznych. Szczególne uznanie budziła godna naśladowania współpraca różnych interesariuszy systemu ochrony zdrowia w Danii, realizacja projektów w formule PPP oraz klarowny system właścicielski szpitali. Strona duńska zorganizowała *hospital study tour* nieodpłatnie. Na wyjeździe szkoleniowym do Danii z pewnością się nie skończy – PFSz już planuje kolejne tego typu wyprawy do innych krajów. ■

Kamilla Gębska

# Programy lekowe a zamówienia publiczne

Zmiana leku jest kompetencją lekarza i powinna wynikać z uzasadnionych względów medycznych oraz być poprzedzona wyrażeniem świadomej zgody przez pacjenta.

**W** praktyce szpitala publicznego proces zakupu leków do programów lekowych rodzi wiele pytań – wszystkie one są związane z zagadnieniem prawidłowego sprawowania zarządu oraz zasadami wydatkowania środków publicznych.

Przyjrzyjmy się zatem temu tematowi, zaczynając od przepisów zawartych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie z ustawą zasadniczą każdy pacjent ma prawo do leczenia finansowanego z budżetu państwa zgodnie z zasadami zawartymi w ustawie. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sposób wyraźny wskazuje, że program lekowy jest świadczeniem gwarantowanym, które składa się ze świadczenia towarzyszącego i substancji czynnej, czyli leku. To, które leki (identyfikowane według nazwy handlowej) są finansowane ze środków publicznych w ramach określonej substancji czynnej opisanej w programie lekowym, określa rozporządzenie ministra zdrowia, potocznie zwane listą leków refundowanych. Należy zatem przyjąć, że każdy pacjent, który kwalifikuje się do danego programu lekowego, ma prawo do korzystania z każdego leku (określonego nazwą handlową) zawierającego daną substancję czynną, o ile lek ten znajduje się na liście leków refundowanych. Zgodnie z tym założeniem może się zdarzyć, że w ramach tego samego programu lekowego będzie stosowana ta sama substancja czynna, ale w preparatach określonych różnymi nazwami handlowymi – pochodzących od różnych producentów.

## KONTYNUACJA LECZENIA A ZAKUP LEKU

Program lekowy jest świadczeniem gwarantowanym wymagającym zachowania określonej ciągłości, należącym do świadczeń medycznych z grupy podwyższonego ryzyka, a leki do programu lekowego w każdym szpitalu publicznym powinny być kupowane zgodnie z zasadami zawartymi w ustawie Prawo zamówień publicznych. W praktyce niejednokrotnie oznacza to sytuację, w której w wyniku przeprowadzonego postępowania o zamówienie publiczne szpital będzie kupował lek innego producenta

niż dotychczas. Ten sam pacjent w ramach ciągłości danego świadczenia (danego programu lekowego) może być leczony lekami różnych producentów. Samo stosowanie leków różnych producentów zawierających tę samą substancję czynną nie może być oceniane negatywnie i ma uzasadnienie w obowiązujących przepisach prawa. Każdy zarządzający podmiotem leczniczym ma świadomość, że zmiana leku rozumiana nie tylko jako zmiana substancji czynnej, lecz także zmiana leku identyfikowanego według nazwy handlowej, jest kompetencją lekarza i powinna wynikać z uzasadnionych względów medycznych oraz być poprzedzona wyrażeniem świadomej zgody przez pacjenta. W przypadku leków o odległych skutkach działania przyporządkowanie tych skutków do danego leku jest trudne, a w sytuacji kilkukrotnej zmiany leku w ramach terapii może się okazać niemożliwe. Również ustawodawca pozostawia lekarzowi decyzję o zmianie leku identyfikowanego według nazwy handlowej.

Czy zatem zarządzający podmiotem leczniczym ma prawo zamówić lek do kontynuacji terapii w sytuacji, kiedy zmiana leku jest obiektywnie, czyli medycznie, nieuzasadniona?

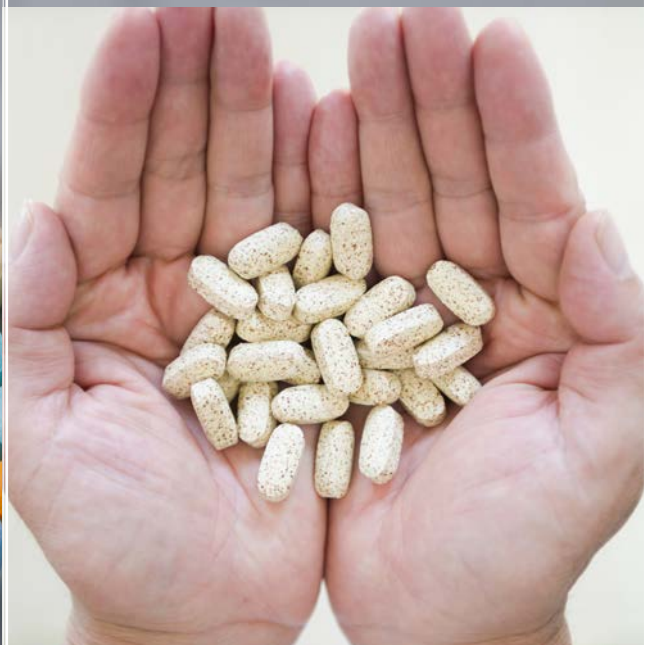
Zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych zamawiający określa przedmiot zamówienia w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności. Jednocześnie nie może utrudniać uczciwej konkurencji oferentom. Zgodnie z tymi warunkami najprostsze wydaje się opisanie przedmiotu zamówienia publicznego na lek za pomocą nazwy substancji czynnej, postaci leku, dawki i drogi podania.

## CZY TAKI OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA JEST W KAŻDYM PRZYPADKU PRAWIDŁOWY?

Przed udzieleniem odpowiedzi na to pytanie należy prześledzić procedurę, jaką powinien przeprowadzić zamawiający, od momentu powzięcia decyzji o konieczności ogłoszenia zamówienia publicznego do momentu sporządzenia SIWZ.



W praktyce szpitala publicznego proces zakupu leków do programów lekowych rodzi wiele pytań – wszystkie one są związane z zagadnieniem prawidłowego sprawowania zarządu oraz zasadami wydatkowania środków publicznych.



Pierwszy etap polega na określeniu obiektywnego interesu zamawiającego. Jest to najważniejszy element warunkujący prawidłowość całego procesu i winien znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji postępowania. Zamawiający powinien odpowiedzieć na następujące pytania:

- jakiego przedmiotu zamówienia (w tym przypadku leku) potrzebuje?
- z jakich przyczyn ma to być taki właśnie przedmiot (jaki jest obiektywny interes zamawiającego)?
- jakie cechy powinien mieć ów przedmiot?

Dopiero po uzyskaniu odpowiedzi na te pytania można przystąpić do sporządzania SIWZ. Należy przyjąć, że każdorazowo sytuacja zamawiającego jest inna, a opis przedmiotu zamówienia powinien przede wszystkim uwzględnić obiektywny interes zamawiającego, co znajduje odzwierciedlenie w orzeczeniach Krajowej Izby Odwoławczej. Zgodnie z orzecznictwem zamawiający ma prawo zamówić konkretny lek do kontynuacji terapii w ramach programu lekowego, o ile to zamówienie jest uzasadnione obiektywnym interesem zamawiającego.

Zamawiający staje również przed innymi pytaniami:

- jak postąpić, kiedy po zmianie leku na inny okazuje się, że pacjenci zgłaszają działania niepożądane?
- czy pacjent ma prawo do odmowy zgody na zmianę leku w programie lekowym i jakie wówczas można podjąć działania, mając świadomość zobowiązania podmiotu leczniczego do kontynuowania świadczenia?



Anna Banaszewska, prezes Zarządu Fundacji Centrum Inicjatyw. Gospodarka i Zdrowie

Materiały źródłowe dostępne pod adresem: [biuro@fcigz.pl](mailto:biuro@fcigz.pl)

KTO NARYSUJE MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH?

## Znamy nazwiska kolejnych kandydatów

Zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, która wejdzie w życie od 1 stycznia 2015 r., przy wojewodzie tworzą się rady ds. oceny potrzeb zdrowotnych. Będą one „rysować mapy potrzeb”. Polska Federacja Szpitali zgłosiła dziewięciu swoich kandydatów do rad wojewódzkich dzięki przynależności do Pracodawców RP. W skład rad wchodzi konsultanci wojewódzcy oraz ośmiu członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, w tym jeden przedstawiciel reprezentatywnej organizacji pracodawców.

Polska Federacja Szpitali zgłosiła kandydatów do rad ds. oceny potrzeb zdrowotnych w województwach: małopolskim – Krzysztofa Bederckiego, opolskim – Renatę Ruman-Dzido, dolnośląskim – Waldemara Malinowskiego, lubelskim – Mariusza Paszko, wielkopolskim – Zbyszka Przybylskiego, warmińsko-mazurskim – Romana Lewandowskiego, pomorskim – Janusza Bonieckiego, podlaskim – Bogusława Poniatowskiego, łódzkim – Małgorzatę Majer. Do rady ds. taryfikacji zgłoszony został J.J. Fedorowski.

Do składu rad proponujemy osoby o dużym doświadczeniu, wiedzy, znajomości sektora ochrony zdrowia, merytorycznie przygotowane do oceny potrzeb zdrowotnych w regionach – czytamy w stanowisku PFSz.

**Zbyszko Przybylski,**

członek Zarządu PFSz, prezes Szpitala Powiatowego we Wrześni; Szpital Powiatowy we Wrześni jest członkiem założycielem PFSz

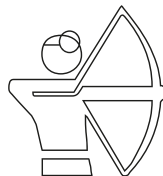


**KONGRES  
EUROPEJSKIEJ FEDERACJI SZPITALI  
HOPE PO RAZ PIERWSZY W POLSCE!  
WARSZAWA, 1-2 CZERWCA 2015 R.**



**DYREKTOR  
PROGRAMOWY:  
JAROSŁAW  
J. FEDOROWSKI**

[HTTP://WWW.HOPE-AGORA.EU/](http://www.hope-adora.eu/)



**IX KONFERENCJA  
HOSPITAL MANAGEMENT  
WYZWANIA 2015**

**WARSZAWA 18-19 czerwca 2015 r.**

## AKTUALNOŚCI EUROPEJSKIEJ FEDERACJI SZPITALI HOPE

### NOWY KOMISARZ KE Z LITWY

Nowym komisarzem ds. zdrowia i bezpieczeństwa żywności został dr med. Vytenis Andriukaitis z Litwy – 63-letni kardiochirurg, który ukończył także studia z zakresu historii i nauk politycznych. Był jednym z sygnatariuszy wskrzeszenia niepodległego państwa litewskiego w 1990 r. oraz współautorem nowej konstytucji. Pełnił funkcje posła na sejm, a od 2012 r. ministra zdrowia. Podczas przestuchań w Parlamencie Europejskim nowy komisarz wśród priorytetów wymienił wzrost inwestycji w zdrowie, transpozycję dyrektywy transgranicznej, ograniczenie palenia tytoniu, a także nowe regulacje dotyczące żywności modyfikowanej genetycznie.

### RADA GUBERNATORÓW HOPE



Wśród tematów posiedzenia Rady Gubernatorów HOPE w Madrycie 17 listopada 2014 r. znalazły się m.in.:

- transpozycja dyrektywy transgranicznej,
- przygotowania na wypadek zakażeń wirusem ebola,
- modyfikacja dyrektywy ws. czasu pracy,
- program wymiany menedżerów 2015 i Kongres HOPE Agora w Warszawie,
- manifest ochrony zdrowia Konfederacji NHS z Wielkiej Brytanii,
- medycyna spersonalizowana,
- studyjne wizyty szpitalne w UE.

### KONGRES HOPE AGORA 2015 W WARSZAWIE

Po raz pierwszy w wieloletniej historii Kongres HOPE Agora odbędzie się w Warszawie. Stanowi on uwieńczenie corocznego programu wymiany menedżerów HOPE, w którym Polska uczestniczy dopiero od 3 lat. Kongres odbędzie się w hotelu Novotel Centrum w Warszawie w dniach 1–2 czerwca 2015 r. W pierwszym dniu Kongresu zaplanowano sesję polską, promującą osiągnięcia polskiej ochrony zdrowia i nie tylko. W drugim dniu uczestnicy Programu HOPE Exchange w formule konkursowej przedstawią swoje prezentacje. Tematem przewodnim Agora 2015, zaproponowanym przez gubernatora i członka Prezydium HOPE Jarostawa J. Fedorowskiego, jest „Szpital 2020”.

# Nowa jakość ubezpieczeń dla pracowników szpitali

Jesteśmy w okresie dynamicznych zmian otaczającego nas świata. Zmieniają się również nasze postawy i oczekiwania, co jest wynikiem dążenia do sprostania nowym warunkom. Identyczny mechanizm funkcjonuje w sferze finansów oraz myślenia o zabezpieczeniu nas i naszych rodzin. Propozycja ubezpieczenia na życie, która powstała na wniosek Polskiej Federacji Szpitali przy współdziałaniu konsorcjum brokerów Tamal – Gras Savoye – Merydian, jest skierowana do osób mających zwiększone potrzeby ubezpieczeniowe.

**P**o rozmowach z przedstawicielami zawodów medycznych okazało się, że proponowane obecnie rozwiązania ubezpieczeniowe w zakładach pracy są dalece niewystarczające i nie dają możliwości indywidualnej modyfikacji oferty.

Podstawowym założeniem budowania oferty było ustalenie wysokich sum wypłacanych świadczeń, przede wszystkim w razie śmierci ubezpieczonego (zabezpieczenie rodziny) oraz uszczerbku na zdrowiu i niezdolności do pracy. Celowo zostały pominięte takie ryzyka, jak śmierć najbliższych lub urodzenie dziecka, gdyż znacząco obciążają one składkę, a świadczenia są dalece niesatysfakcjonujące. Nawet wstępna ocena programu pokazuje, że placąc dwa razy wyższą składkę niż obecnie w ramach pracowniczych ubezpieczeń grupowych, uzyskujemy świadczenia na wypadek śmierci blisko 5–6 razy wyższe.

### INDYWIDUALNA MODYFIKACJA OFERTY

Zaproponowanie atrakcyjnego programu było możliwe dzięki stworzeniu grupy otwartej dla pracowników szpitali będących członkami Polskiej Federacji Szpitali. Grupa otwarta daje też przewagę nad indywidualnymi rozwiązaniami ubezpieczeniowymi pod względem wysokości składki i zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Dodatkowe atuty programu to: możliwość wykorzystania polisy jako zabezpieczenia kredytów zaciąganych przez pracowników; możliwość objęcia programem pracowników etatowych oraz kontraktowych; brak konieczności wykonywania badań medycznych, nawet przy najwyższych wariantach ubezpieczenia; trzy warianty cenowe z możliwością rozszerzenia o *Pakiet renta* oraz *Pakiet twoje dziecko*; możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia przez szpital lub bezpośrednio przez agenta wskazanego w ofercie.

Zwiększonym oczekiwaniom ubezpieczeniowym środowiska medycznego sprostała firma MetLife (dawne Amplico). Jako jeden ze światowych liderów ubezpieczeń na życie przedstawiła ona korzystną ofertę, dystansując w tym zakresie konkurencję.

### COŚ WIĘCEJ NIŻ UBEZPIECZENIE

Dla lekarzy pracujących na kontraktach przeznaczony jest kolejny produkt ubezpieczeniowy, który zabezpiecza ich dochody w razie czasowej lub całkowitej niezdolności do pracy wynikającej z choroby lub wypadku. Ubezpieczenie od utraty dochodu to produkt oferowany przez londyński Lloyd's – największą, najstarszą i najbardziej stabilną instytucję finansową. Ochrona obejmuje zdarzenie czasowej lub trwałej niezdolności do wykonywania zawodu lekarza o określonej specjalności wskutek choroby lub wypadku. Zapewnia realne zabezpieczenie środków finansowych w sytuacji braku możliwości pracy w swoim zawodzie i jest doskonałym uzupełnieniem niskich świadczeń wypłacanych przez ZUS. Pozwala na utrzymanie takiego standardu życia jak przed zachorowaniem oraz zapewnia środki na pokrycie kosztów stałych związanych z prowadzeniem własnej działalności, finansowanie rat kredytów i rat leasingowych.

Ochroną można objąć również trwałą niezdolność do wykonywania zawodu lekarza. Wysokość świadczenia jest ustalana przez ubezpieczonego i wynosi maksymalnie czterokrotność rocznych przychodów, lecz nie więcej niż 5 000 000 zł. ■



Maciej Karbowskiak,  
członek Rady  
Naczelnej PFSz



# Szpitala kliniczne pozostawione same sobie

**S**tałe problemy w zarządzaniu placówkami klinicznymi są spowodowane brakiem ustawy o badaniach klinicznych, która uregulowałaby rolę szpitali klinicznych w systemie usług zdrowotnych – określiła misję tych szpitali z właściwym pokryciem finansowym.

Potrzebne jest także ustalenie relacji właścicielskich i sposobu finansowania dydaktyki, znalezienie sposobu finansowania niezbędnych inwestycji oraz uregulowanie zasad realizowania badań naukowych i klinicznych. Należy zdefiniować, co to jest szpital kliniczny, czym powinien się zajmować, i usankcjonować oczywistość, że jest placówką z najwyższym stopniem referencyjnym w systemie.

Co dziennym problemem jest pogodzenie zadań i potrzeb: pacjenta i jego rodziny, personelu medycznego, nauczycieli akademickich, studentów i stażystów, dostawców usług zdrowotnych i innych interesariuszy. Liczba osób pracujących w szpitalu, leczonych, uczących się i dostawców mierzona jest w tysiącach, stąd skala problemów często przytłacza i wymaga działania niestandardowego. Każdy element ma znaczenie – terminy dostaw, terminy zabiegów, sposób postępowania i zachowanie personelu, komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna, informacja publiczna. To wszystko latami wpływa na wizerunek szpitala i okresowo powoduje kłopoty w sytuacjach nietypowych i nieznanach.

Na to wszystko nakłada się ograniczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, które są limitowane przez NFZ nieadekwatnie do potrzeb danego województwa i do sytuacji

epidemiologicznej w danym regionie. Potencjał naszego szpitala od lat jest wielokrotnie wyższy niż środki finansowe przyznawane przez NFZ. Szkoda, że nadal pieniądze nie idą za pacjentem, tylko są przydzielane najpierw na podstawie wskaźnika, a potem działa siła historycznych uwarunkowań, których już dziś nikt nie rozumie.

Dodatkowo postulowane od lat przez środowisko dyrektorów szpitali zmiany nie są wprowadzane, brakuje wielu rozwiązań systemowych i prawnych, nie ma odpowiedniego finansowania działalności szpitali, dyrektorzy ciągle poszukują różnego rodzaju oszczędności, aby lekarze mogli dobrze i nowocześnie leczyć. Brak wypracowanych standardów poszczególnych procedur i ich rzeczywistej kalkulacji powoduje chaos w zarządzaniu i trudności w znalezieniu alternatywy.

Współpraca z Ministerstwem Zdrowia jest dalece niewystarczająca. Pan minister nie ma czasu na rozmowy z dyrektorami szpitali – kiedy pytamy o akty prawne, to zawsze są „już prawie gotowe”, a pieniędzy nigdy nie ma. Wielokrotnie pisaliśmy i prosiliśmy ministra o zajęcie się problematyką szpitali klinicznych, ale na razie niestety nie uzyskaliśmy wsparcia. W zasadzie jesteśmy zdani na siebie i wsparcie uczelni medycznej, ale ta sytuacja nie ma umocowania prawnego. ■



**Ewa Książek-Bator**, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Gdańsku, który od 2014 r. jest członkiem PFSz

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku zostało przyjęte do PFSz 14 listopada 2014 r., jest drugim największym szpitalem w Polsce z obrotami przekraczającymi 500 mln zł, 1146 łóżkami oraz kadrą 3100 osób.

## POSIEDZENIE KOORDYNATORÓW KRAJOWYCH HOPE EXCHANGE ORAZ OFICERÓW ŁĄCZNIKOWYCH HOPE W BELGRADZIE, 28 LISTOPADA 2014 R.

Polska Federacja Szpitali będzie reprezentowana przez Bogusława Budzińskiego, koordynatora krajowego HOPE, oraz Annę Szczerbak, oficera łącznikowego HOPE. W programie znajduje się kwalifikacja uczestników programu wymiany menedżerów HOPE 2015 oraz aktualne sprawy dotyczące działalności HOPE w obszarze legislacyjnym. Nasi delegaci złożą sprawozdanie podczas Jesiennej Konferencji Programowej PFSz w Nierporęciu 4 grudnia 2014 r.

## INICJATYWY I PROJEKTY Z UDZIAŁEM HOPE (DRUGA POŁOWA 2014 R.)

- zagrożenie wirusem ebola w UE,
- europejska inicjatywa zwalczania raka piersi,
- europejski kodeks przeciwnowotworowy,
- panel ekspercki dotyczący bezpieczeństwa pacjentów,
- grupa robocza Parlamentu Europejskiego ds. innowacji, dostępu do leków oraz chorób wynikających z biedy,
- nowa polityka transparentności Europejskiej Agencji Leków (EMA),
- polityka ochrony danych osobowych KE,
- konsorcjum momentum dotyczące telemedycyny,
- inicjatywa europejska w sprawie choroby Alzheimera,
- pierwsza konferencja na temat europejskich sieci referencyjnych,
- europejskie warsztaty na temat funduszy strukturalnych,
- konferencja *Leadership and Management* we Francji,
- konferencja *Barriers dostępu do opieki w chorobach przewlekłych* (EULAR) w Brukseli,
- konferencja dotycząca regionalnej współpracy transgranicznej we Włoszech,
- kongres *E-health* Europejskiej Organizacji Przemysłu Medycznego COCIR w Brukseli,
- *Międzynarodowy Kongres Szpitali* w Lizbonie.

## LEKI ORAZ TECHNOLOGIE MEDYCZNE JEDNAK W DG SANCO

Europejska Federacja Szpitali HOPE wraz z innymi interesariuszami skutecznie zabiegała o zmianę planu przeniesienia spraw leków oraz sprzętu medycznego poza kompetencje Dyrektoriatu ds. Zdrowia KE. HOPE była sygnatariuszem listu do przewodniczącego elekta KE Jeana-Claude'a Junckera, prowadziła także akcję wśród europarlamentarzystów.

Przygotował **Jarosław J. Fedorowski**, gubernator HOPE, prezes PFSz

# BATNA – grupy zakupowe

Jak Państwo wiedzą, Polska Federacja Szpitali organizuje wraz z BATNA Group wspólne zakupy dla szpitali. Zainteresowanie z Państwa strony, wyrażone przystąpieniem do programu, jest bardzo duże. Udział w I i II fali przetargów, realizowanych w kategoriach pieluchomajtki, płyny infuzyjne, rękawice, gazy medyczne oraz sprzęt jednorazowy, zadeklarowało **ponad 20 szpitali, a kolejne rozważają przystąpienie do grupy!** Dzięki ujednoliceniu opisów przedmiotu zamówienia oraz kumulacji wolumenów poszczególne szpitale mogą zaoszczędzić do ok. 30%.

Jest jeszcze możliwość przyłączenia się do wspólnych postępowań, dlatego dla tych z Państwa, którzy nie mieli okazji zapoznać się ze szczegółami, zachęcając do kontaktu, przedstawiamy model funkcjonowania zakupów wspólnych dla szpitali BATNA Med.

1. Nad wypracowaniem dokumentacji pracuje Komisja Zakupowa składająca się z przedstawicieli szpitali oraz BATNA Group. Udział w pracach komisji dla przedstawicieli szpitali nie jest obowiązkowy.
2. Szpitale mogą uczestniczyć w cotygodniowych telekonferencjach, na których

prezentowany jest postęp prac nad dokumentacją przetargową.

3. Zgodnie z przyjętym modelem szpitale zachowują pełną kontrolę nad warunkami przetargów. Pełnomocnictwo pozwalające ogłosić postępowanie udzielane jest dopiero po uzgodnieniu wszelkich zapisów SIWZ (w szczególności OPZ).
4. Istnieje możliwość przystąpienia do grupy niezależnie od terminu zakończenia obecnie obowiązującej umowy w danej kategorii.
5. Opiekę nad pracami grupy sprawuje zespół adwokatów i radców prawnych – specjalistów Polskiego Związku Pracodawców.
6. Dzięki współpracy z międzynarodowymi grupami zakupowymi będzie istniała możliwość porównania cen polskich dostawców z cenami zagranicznych producentów.
7. Po rozstrzygnięciu postępowania następuje zawarcie umowy pomiędzy każdym ze szpitali a wybranym wykonawcą zgodnie z warunkami uzyskanymi w ramach grupy zakupowej.

8. Szpitale już na obecnym etapie zgłaszają także swoje propozycje kategorii, np. antybiotyki, żywienie pacjentów, energia, w których będą na bieżąco tworzone grupy – w zależności od potrzeb poszczególnych szpitali.

9. Termin ogłoszenia postępowania o udzielenie zamówienia w I fali kategorii to **8 grudnia 2014 r.**

Jeżeli są Państwo zainteresowani uzyskaniem dodatkowych informacji o udziale w grupie, prosimy o kontakt z wiceprezesem BATNA Group Łukaszem Rozdeiczerm (lukasz.rozdeiczer@batnagroup.pl) lub koordynatorem BATNA Med. Aleksandrą Warzechą (aleksandra.warzech@batnagroup.pl, tel.: +48 533 885 999).

Jednocześnie informujemy, że BATNA Group poszukuje do współpracy na pełen etat bądź zlecenie osób z wieloletnim stażem w zaopatrzeniu lub zamówieniach medycznych.

Więcej szczegółów przedstawimy także podczas III Jesiennej Konferencji Programowej PFSz w Nieporęcie 4 grudnia 2014 r., na którą raz jeszcze zapraszamy!

BATNA Group jest członkiem wspierającym PFSz od 2014 r.

## Polska Federacja Szpitali – organizacja „ponad podziałami”!

### ZARZĄD POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI:

Jarosław J. Fedorowski, Warszawa (prezes) • Janusz Boniecki, Tczew (wiceprezes) • Zbyszek Przybylski, Września • Irena Kierzkowska, Olsztyn • Mariusz K. Wójtowicz, Zabrze • Jacek Domejko, Wałbrzych

### RADA NACZELNA POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI:

Krzysztof Bederski, Kraków (przewodniczący) • Irena Petryna, Olsztyn (wiceprzewodnicząca) • Krystyna Barcik, Legnica • Bogusław Budziński, Szczecin • Andrzej Chełchowski, Warszawa • Danuta Ciecierska, Żyrardów • Krzysztof Czerkas, Kościerzyna • Renata Ruman-Dzido, Opole • Maciej Karbowski, Warszawa • Krzysztof Kasprzak, Bydgoszcz • Roman Lewandowski, Ameryka • Bożena Łapińska, Suwałki • Urszula Łapińska, Białystok • Bożena Łaz, Wieluń • Małgorzata A. Majer,

Łódź • Piotr Miadziołko, Gostyń • Janusz Michalak, Poznań • Radosław Pigoń, Radomsko • Tomasz Sadrzak, Warszawa • Aleksandra Sibińska, Poznań • Jerzy Szafranowicz, Chorzów • Anna Szczerbak, Poznań • Beata Wieczorek-Wójcik, Wejherowo • Andrzej Zieleniewski, Wejherowo • Zdzisław Ziółkowski, Brzeziny

### PFSz W LICZBACH:

Członkowie: 91 • Członkowie zwyczajni: 78 • Członkowie wspierający: 13 • Łóżka szpitalne: ok. 28 tys. • Przychody szpitali członkowskich: ok. 3,6 mld PLN • Zatrudnienie szacunkowe: ok. 60 tys. osób • Oficjalne stanowiska i rekomendacje krajowe: 25 • Stanowiska i rekomendacje europejskie: 21 • Konferencje krajowe – udział, patronaty i/lub organizacja: 31 • Konferencje międzynarodowe – udział i/lub organizacja: 12 • Program Wymiany

Menedżerów Europejskiej Federacji Szpitali HOPE : 18 uczestników

### CZŁONKOWIE WSPIERAJĄCY:

MillerCanfield Sp. K; Warszawa; Termedia Sp. z o.o., Poznań; Grass Savoye Polska, Sp. z o.o.; Upper Finance Med Consulting, Sp. z o.o., Warszawa; Instytut Naukowy Med-Koncept, Sp. z o.o., Puławy; Alteris SA, Katowice; Compu Group Medical Polska, Sp. z o.o., Lublin; Brokers Union Sp. z o.o., Wrocław; Prometriq Akademia Zarządzania Sp. z o.o., Sopot; CMC Geo Projekt 2, Sp. z o.o, Sp. k., Kraków; Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA, Toruń; Batna Group, Sp. z o.o. Warszawa; Grupa Medyczna Sp. z o.o. Poznań; DaVinci Medical System Sp. z o.o., Pruszków  
**Zapraszamy wszystkie szpitale do naszej organizacji!**



### POLSKA FEDERACJA SZPITALI

ul. Nowogrodzka 11, 5 p., 00-513 Warszawa  
tel.: +48 22 447 43 00, 509 754 724  
e-mail: biuro@federacjaszpitali.pl  
www.federacjaszpitali.pl, www.pfsz.org

PFSz na Facebooku



Numer rachunku bankowego:

30 1600 1068 1843 0059 4000 0001

Bank BNP Paribas Polska SA, oddział w Warszawie

Status prawny: Organizacja pracodawców wpisana pod numerem 0000402294 KRS przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy

NIP: 7010339318, REGON: 146086853

Kancelaria Prawna: Miller, Canfield, Babicki, Chęłchowski i wsp., Warszawa

