



PFSz

# SZPITAL

NR 8 1/2016

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

## POLSKO-AMERYKAŃSKI SZCZYT ZDROWIA NA JUBILEUSZOWYM HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

# Lekcja zza oceanu

Rozmowa z prof. nadzw. Jarosławem J. Fedorowskim, prezesem Polskiej Federacji Szpitali, przewodniczącym Rady Programowej X Międzynarodowej Konferencji *Hospital and Healthcare Management*, Honorowym Ambasadorem Kongresów Polskich.



Wydarzeniem specjalnym czerwcowej konferencji *Hospital and Healthcare Management* będzie Polsko-Amerykański Szczyt Zdrowia. Dlaczego polsko-amerykański? Dlaczego wybór padł na partnerów zza oceanu?

Oczywiście czynników było wiele, ale przesądził ten najważniejszy, najaktualniejszy. Chodzi o koordynowaną opiekę zdrowotną, w skrócie KOZ. Mamy z tym w Polsce ogromny kłopot, podobnie jak dużo wcześniej mieli Amerykanie. Tamtejszy system jest mocno zdecentralizowany, poszczególne jego elementy mają ogromną autonomię. Amerykanie borykali się zatem z zapewnieniem swoim pacjentom opieki szpitalnej, koordynacją działań lekarzy rodzinnych z działaniami specjalistów i szpitali. Ponadto dużym problemem były lawinowo rosnące koszty ochrony zdrowia. W dużej mierze te problemy zostały rozwiązane. Chcemy wysłuchać gości z USA i dopytać, jak sobie poradzili.

**Jakich rozwiązań możemy pozazdrościć gościom zza oceanu?**

Dobrego współdziałania różnych elementów systemu ochrony zdrowia, poczynając od płatnika, który współpracuje na bieżąco ze świadczeniodawcą, poprzez personel medyczny przyzwyczajony do pracy zespołowej oraz postępowania według standardów, aż do menedżerów, których funkcja jest bardziej doceniana i ważna także na szczeblu średnim. Ale najbardziej możemy zazdrościć powszechnej informatyzacji, bez której opieki koordynowanej nie da się prowadzić.

**Do Warszawy przyjedzie silna delegacja amerykańskich ekspertów z zakresu ochrony zdrowia.**

Trwają prace nad ostatecznym doprecyzowaniem programu, ale już dziś wiemy, że wśród amerykańskich prelegentów znajdują się przedstawiciele takich organizacji, jak: Synergy Home Care (Gilbert, Arizona), Virginia Commonwealth University (Richmond, Virginia), University of Wisconsin-Madison (Madison, Wisconsin), National Cancer Institute (Rockville, Maryland), Activity for Innovation and Economic Growth (Washington, District »

» of Columbia), Montana Hospital Association (Helena, Montana). W programie znajdzie się także sesja biznesowa Amerykańskiej Izby Handlowej (*American Chamber of Commerce* – AMCHAM) oraz polsko-amerykański *business mixer*. Otwarcie Polsko-Amerykańskiego Szczytu Zdrowia zaszczyli swoją obecnością ambasador USA w Polsce Paul W. Jones. Planujemy także arcyciekawą sesję na temat współpracy UE i USA w sektorze zdrowia, nawiązując do negocjowanego traktatu o partnerstwie (TTIP). Wydarzenie jest organizowane we współpracy z Ambasadą USA w Warszawie i Amerykańską Izbą Handlową oraz amerykańską organizacją *Activity for Innovation and Economic Growth* z siedzibą w Waszyngtonie, której prezes George Handy jest współprzewodniczącym szczytu.

#### Koordynowana opieka zdrowotna nie będzie jedynym tematem szczytu.

Rzeczywiście – nie. Chcielibyśmy, aby KOZ była tematem przewodnim spotkania, ale przecież tematów do dyskusji jest znacznie więcej. Chcemy, by znalazły się pośród nich przykłady udanej współpracy polsko-amerykańskiej w ochronie zdrowia, opieka długoterminowa i domowa, innowacyjne technologie medyczne, ośrodki symulacji medycznych, badania kliniczne, kształcenie studentów medycyny oraz szpitale wolne od tytoniu, a także pierwsze wnioski z wdrażania w życie programu, który potocznie nazywany jest *Obamacare*. To w Stanach Zjednoczonych temat nie tylko medyczny czy biznesowy, ale – tak jak wiele projektów reform ochrony zdrowia w Polsce – także polityczny. Stanowi jedną z ważniejszych osi sporu obecnej amerykańskiej kampanii wyborczej. Szczyt będzie także dobrym miejscem nieformalnych spotkań i rozmów. W imieniu Rady Programowej oraz organizatora serdecznie zapraszam do udziału. ■

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski

## Dziesięć lat konferencji Hospital Management

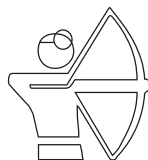
Zacząło się ponad 10 lat temu w ciągu relacji Warszawa – Poznań. Pomysł zorganizowania konferencji dla dyrektorów medycznych przesyłał Wydawnictwa Termedia Januszowi Michalakowi przedstawił amerykański profesor medycyny klinicznej Jarosław J. Fedorowski, który właśnie objął funkcję dyrektora medycznego w Polsce.

Idea przerodziła się w czyn i pierwsza konferencja Hospital Management (HM) zorganizowana w czerwcu 2007 r. na terenie Akademii Leona Koźmińskiego okazała się sukcesem. Otrzymała ona wsparcie merytoryczne z USA w postaci znakomych prelegentów – prezesów ważnych organizacji: American Association of Medical Directors oraz American College of Physician Executives. To właśnie podczas pierwszej konferencji HM określono rolę i zadania dyrektora medycznego oraz do-

ceniono środowisko menedżerów, którzy poświęcili się pełnieniu tej funkcji. Kolejne HM wytyczały trendy w różnych obszarach działalności szpitali i systemu ochrony zdrowia, takich jak informatyzacja, wyposażenie, gospodarka lekowa i materiałowa szpitala, zakupy grupowe, zarządzanie ryzykiem, innowacyjność czy kontraktowanie i rozliczanie świadczeń medycznych. Wiele idei, które zrodziły się na konferencji, już funkcjonuje w polskiej ochronie zdrowia.

Wśród wydarzeń specjalnych związanych z HM warto wymienić Polsko-Australijski Szczyt Zdrowia, Polsko-Brytyjski Szczyt Zdrowia, sesje inwestorów międzynarodowych oraz sesje Europejskiej Federacji Szpitali HOPE czy Uniwersytetu Stanforda.

Dziś zapraszamy na kolejną edycję Hospital Management. ■



### X MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA HOSPITAL & HEALTHCARE MANAGEMENT 2016

WARSZAWA, 16–17 czerwca 2016 r.

**MIEJSCE:** centrum konferencyjne warszawskiego hotelu Airport Okęcie

**TERMIN:** 16–17 czerwca 2016 r.

**Szczegółowy program na [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)**

## Polskie Towarzystwo Koordynowanej Ochrony Zdrowia w organizacji

Koordinacja zadań pomiędzy elementami systemu ochrony zdrowia to wyzwanie, z którym musi się zmierzyć również polski system. Naprzeciw temu wyzwaniu wychodzi powołane 21 kwietnia br. Polskie Towarzystwo Koordynowanej Ochrony Zdrowia (PTKOZ).

Wśród założycieli PTKOZ znaleźli się naukowcy, praktycy oraz organizatorzy systemu, m.in. wiceminister zdrowia, prezes NFZ, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, wiceprzewodniczący

Rady NFZ oraz prezes Polskiej Federacji Szpitali. Założyciele Towarzystwa są także związani ze znanymi uczelniami w kraju o profilu ekonomicznym, medycznym czy politechnicznym. Podczas zebrania założycielskiego wybrano władze PTKOZ. Przewodniczącą Rady Naczelnej została prof. Iga Rudawska, a prezesem Zarządu prof. Jarosław J. Fedorowski. W skład Zarządu weszli także dr Małgorzata Gałązka-Sobotka oraz mec. Anna Szczerbak. Do Rady Naczelnej zostali wybrani dr Beata Buchelt, prof. Marcin Czech oraz dr Andrzej Chełchowski.

– *Misją Towarzystwa jest inspirowanie i wspieranie działalności naukowo-badawczej w dziedzinie KOZ, a także oddziaływanie na legislację, politykę społeczną i finansowanie systemu ochrony zdrowia. Do najważniejszych zadań PTKOZ będzie należało również opracowywanie standardów w obszarze KOZ, promowanie idei i założeń KOZ, upowszechnianie zdobyczy naukowych w zakresie KOZ oraz szerzenie postępu w tej dziedzinie, kształtowanie wytycznych na przyszłość, integrowanie środowisk realizujących zadania w sektorze ochrony zdrowia, a także wspieranie kształcenia w zakresie KOZ* – mówi prof. Iga Rudawska, kierownik Zakładu Ekonomiki Ochrony Zdrowia na Uniwersytecie Szczecińskim, przewodnicząca Rady Naczelnej Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia w organizacji. ■

# Całodobowy dyżur



Wiceminister zdrowia w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” wyjaśnił, co zamierza zrobić z niepożądanymi zdarzeniami medycznymi i zapowiedział zmiany w zarządzaniu kryzysowym. – *Trzeba stworzyć jednolity system informatyczny, który w sposób automatyczny dawałby pełne informacje o sytuacjach kryzysowych w szpitalach* – powiedział Marek Tombarkiewicz.

**Co z kwestią raportowania niepożądanych zdarzeń medycznych? Obecnie sytuacja nie jest dobra. Co robić, żeby zgłaszalność była większa i jednocześnie jakie są szanse, żeby wypracować dobry polski system zgłaszania zdarzeń niepożądanych? Doskonale wiemy, jak dużo od tego zależy, a jednocześnie środowisko jest niechętnie.**

Środowisko nie jest niechętnie. Przeprowadzono bardzo szerokie badania dotyczące problematyki zdarzeń niepożądanych w ramach programu „Bezpieczny szpital, bezpieczny pacjent”. Były to badania ankietowe wśród personelu i pacjentów, analizy dokumentacji medycznej, wyroków sądowych i ustaleń komisji do spraw zdarzeń niepożądanych. Rekomendacje jeszcze nie są opublikowane, ale mogę powiedzieć, że 85 proc. respondentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że wprowadzenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych poprawiłoby bezpieczeństwo pacjenta.

Oczywiście są pewne różnice zdań co do tego, jak miałyby to wyglądać, ale 70 proc. respondentów twierdzi, że powinno to być obowiązkowe. Dlatego chcielibyśmy wypracować krajowy system, obligatoryjny dla wszystkich szpitali. Czyli coś, czego nie ma teraz – sprawozdanie ze szpitali akredytowanych wynosi 20–25 proc. Tym bardziej budujące są informacje, że pielęgniarki i lekarze chcą, żeby taki system powstał.

**W którym kierunku miałyby iść raportowanie? Jaki model byłby najlepszy?**

Modele są bardzo różne. Generalnie chodzi o to, żeby był obowiązek zgłaszania, którego teraz nie ma. Konieczne jest, żeby oddział, w którym coś się wydarzyło, zawsze otrzymywał informację zwrotną, co pozwoli wyciągnąć wnioski i zapobiegać takim sytuacjom w przyszłości.

**Kiedy mogłoby to zacząć funkcjonować?**

Chciałbym, żeby w ciągu roku widoczne już były pierwsze efekty naszych prac.

**Jest pan odpowiedzialny za zarządzanie kryzysowe. Czy będą jakieś zmiany?**

W ciągu ostatnich miesięcy w departamencie zajmującym się zarządzaniem kryzysowym powstał regulamin określający sposób funkcjonowania specjalnej komórki do zbierania informacji od lekarzy koordynatorów w różnych sytuacjach kryzysowych. To nowość w resorcie i nie ukrywam, że zacząłem się zastanawiać, jak jeszcze można ją udoskonalić. Myślę, że w ciągu najbliższych miesięcy dokonamy pewnych zmian, które spowodują, że możliwe będzie szybsze reagowanie.

**A jak jest teraz?**

Podstawy już są. Mamy całodobowy dyżur. Jest dyżurny z Ministerstwa Zdrowia, który zbiera informacje z całego terenu z poszczególnych województw. Działają już elementy raportowania. Chcemy, by system funkcjonował na szeroką skalę. Zaczynamy pracę nad możliwością stworzenia ogólnopolskiego systemu zbierania informacji dla lekarzy koordynatorów w urzędach wojewódzkich. To jest także jeden z kierunków analizy odnośnie do ustawy o państwowym ratownictwie medycznym. Powstaje pytanie, czy wojewódzkim koordynatorem koniecznie musi być lekarz. W różnych województwach są różne systemy funkcjonujące równocześnie w skali kraju. Warto byłoby stworzyć jednolity system informatyczny, który w sposób automatyczny dawałby pełne informacje o sytuacjach kryzysowych w szpitalach. To byłyby dane dla wojewódzkich koordynatorów, a jednocześnie zaletą byłoby gromadzenie ich w centrum kryzysowym. Usprawniłoby to wysyłanie karetek w odpowiednie miejsce czy szukanie miejsc dla pacjentów wymagających intensywnej terapii.

**Kiedy możliwe będzie wprowadzenia takiego systemu?**

Nie mamy żadnych narzuconych terminów. Pracuję od dwóch miesięcy i zauważyłem taką potrzebę. Taki system jest związany z ustawą o ratownictwie medycznym. ■

Pełna wersja wywiadu została opublikowana w „Menedżerze Zdrowia” nr 2/2016.

Dr Marek Tombarkiewicz do czasu objęcia stanowiska wiceministra zarządzał Szpitalem Powiatowym w Staszowie, który należy do PFSZ od 2012 roku.

# Widmo krąży nad Europą...



– Przylapaliśmy się na tym, że ludzie często rozmawiają o pacjencie, a nie z pacjentem. Postanowiliśmy to w Danii zmienić. Zaczęliśmy z pacjentami rozmawiać nie tylko o tym, czego oczekują od konkretnego lekarza czy szpitala, ale czego oczekują od całego systemu ochrony zdrowia – mówi Weinreich-Jensen. Efektem rozmów było przeorientowanie całego systemu. Bo okazało się, że tak jak dzisiaj w Polsce pacjenci oczekują nie tyle konkretnych świadczeń, ile tego, by ich zdrowiem zajęto się kompleksowo, by przez system prowadził ich konkretny lekarz czy inny medyczny przewodnik. Zmieniono m.in. system finansowania całej ochrony zdrowia – premiowany jest efekt mierzony według najściślej opracowanych kryteriów. Wynagradzany jest efekt leczniczy, osiągniany przez cały zespół różnych podmiotów ściśle ze sobą współpracujących. – *Zależało nam szczególnie na tym, by stale podtrzymywać motywację personelu i zapewnić jego maksymalne zaangażowanie. Chodziło również o to, by wywołać zainteresowanie jak najlepszą współpracą między szpitalami, zainspirować do rozmawiania ze sobą i wymiany informacji między lekarzami szpitalnymi, rodzinnymi, specjalistami. I w dużej mierze udało się to osiągnąć* – mówi Eva Weinreich-Jensen.

## EUROPEJSKI TYGIEL

Koordinowana opieka zdrowotna to wyzwanie podejmowane w różnym stopniu, i niestety z różnym efektem, w całej Europie. Dlaczego „niestety”? Bo w wielu krajach nie udało się wypracować efektywnych modeli współpracy między poszczególnymi segmentami ochrony zdrowia. Do państw, które najgorzej sobie z tym radzą, należy Polska, ale rzeczywiście: nie jesteśmy tu wyjątkiem. Swoje problemy mają i Niemcy, i Hiszpanie, i Estończycy. Co na to Europa?

– *Zauważam zastanawiające zjawisko, które daje dużo do myślenia* – mówi Marc Schreiner, szef wydziału polityki europejskiej Niemieckiej Federacji Szpitali. – *Na szczeblu rządów, parlamentów, wielkiej polityki coraz ostrożniej mówi się o zacieśnianiu europejskiej integracji, ba – coraz głośniej mówi się o odchodzeniu od niej. Zupełnie inaczej jest na szczeblu bieżącej współpracy, wymiany doświadczeń, roboczych konferencji, podpatrywania u sąsiadów najlepszych rozwiązań, unikania błędów. Tu integracja jest coraz ściślejsza* – zauważa.

Setki konferencji, wizyt studyjnych, staży, programów wymiany prowadzą nieuchronnie do jednego celu: upodobniania się modeli funkcjonowania niezależnych od siebie systemów ochrony zdrowia. Podział kompetencji mię-

...widmo koordynowanej opieki zdrowotnej. Nie ma dziedziny, nie ma ważnego spotkania menedżerów zdrowia, nie ma wreszcie państwa europejskiego – czy jest członkiem Unii, czy nie, które nie zmagaloby się z problemem jak najlepszego skonstruowania odpowiednich modeli koordynowanej opieki zdrowotnej.

**T**emu celowi poświęcony jest jeden z paneli warszawskiej konferencji *Hospital and Healthcare Management* i szereg inicjatyw podejmowanych przez Europejską Federację Szpitali HOPE oraz Polską Federację Szpitali, która należy do HOPE od 2011 roku.

## MODEL DUŃSKI

Jedne z najlepszych recenzji w Europie zbiera duński model ochrony zdrowia. W trakcie warszawskiej konferencji Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia mówiła o nim Eva Weinreich-Jensen, pochodząca z Danii Wiceprezydent Europejskiej Federacji Szpitali HOPE.

dzy Unię i państwa narodowe jednoznacznie pozostawia ochronę zdrowia w kompetencji tych ostatnich. Dlaczego zatem niezależnie od tego trwa proces konwergencji? Cóż, różne systemy ochrony zdrowia w gruncie rzeczy odpowiadają na te same potrzeby pacjentów. I jeżeli jakimś państwu uda się wymyślić lepszą receptę na załatwienie jednej z fundamentalnych potrzeb z katalogu oczekiwań zdrowotnych, inne to podpatrują i starają się powielić. I odwrotnie: państwa wyraźnie odstające od innych prędzej czy później starają się zidentyfikować i wyeliminować błędy, aby poprawić funkcjonowanie systemu. Miejmy nadzieję, że nie inaczej zakończą się podejmowane w Polsce próby poprawy funkcjonowania służby zdrowia.

## RZYMSKI KATALIZATOR HOPE

Europejska Federacja Szpitali HOPE stara się być katalizatorem wymiany zdań i doświadczeń służącej poprawie działania systemu ochrony zdrowia. Robi to już od równo 50 lat. – Jubileusz i jego obchody będą okazją do identyfikacji problemów, które wymagają załatwienia. I znalezienia rozwiązań, które gdzieś już przyniosły pierwsze efekty – mówi Eva Weinreich-Jensen. – W Danii często się zastanawiamy nad tym, jak zaaplikować dobry lek na niedobory systemu. Skoro na przykład Szekoni radzą sobie lepiej z konkretnym schorzeniem, zadajemy sobie pytanie: dlaczego nie my? I podpatrujemy. Jubileusz będzie też okazją do zastanowienia się, jak lepiej udroźnić, jak poszerzyć kanały komunikacji między menedżerami ochrony zdrowia w całej Europie – dodaje.

Dlaczego w Rzymie? Bo właśnie tam powstała organizacja. Początkowo nosiła nazwę Komitetu Studyjny Organizacji Szpitalnych Wspólnego Rynku. Członkami założycielami były Belgia, Holandia, Luksemburg, Francja, Niemcy i Włochy. W ciągu 50 lat organizacja się rozrosła – dziś skupia przedstawicieli 30 krajów europejskich, także spoza UE. Zmieniała się także jej struktura, zadania, cele.

W Rzymie spotkają się przedstawiciele obecnych władz HOPE na czele z Prezydium i Radą Gubernatorów, byli Prezydenci HOPE, przedstawiciele KE i PE, zaproszeni goście oraz oczywiście menedżerowie szpitali z całej Europy. Odbędzie się także podsumowanie tegorocznego programu wymiany menedżerów, czyli HOPE AGORA, które w 2015 roku miało miejsce w Warszawie.

## HOPE EXCHANGE

Dzięki członkostwu w Europejskiej Federacji Szpitali HOPE menedżerowie z Polski mają wreszcie możliwość aktywnego uczestniczenia w cieszącym się międzynarodową renomą programie wymiany menedżerów.

Tegoroczna edycja programu HOPE Exchange odbywa się pod hasłem „Innowacje w szpitalach oraz ochronie zdrowia: droga do rozwoju”. Z pewnością jednym z zagadnień poru-

szanych podczas programów stażowych będzie koordynowana opieka zdrowotna. Staż trwa od 9 maja do 5 czerwca 2016 r. Termin finałowej konferencji w Rzymie (Agora): 6–8 czerwca 2016 r.

Program stażu został pomyślany w ten sposób, by nie tylko stażyści mogli się czegoś nauczyć w polskich szpitalach, lecz także by polskie szpitale mogły od goszczonych przez siebie menedżerów dowiedzieć się jak najlepiej o funkcjonowaniu innych europejskich systemów ochrony zdrowia. W tym roku zagranicznych gości podejmą Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi i Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha w Gdańsku.

– Przyjęcie uczestników programu zawsze było zorganizowane na najwyższym poziomie. I tak jest również w tym roku. A inwestycja – czy to wysłanie swojego menedżera na staż, czy to przyjęcie zagranicznego gościa

## HOPE Exchange 2016

– W tym roku do Polski przyjechała bardzo silna ekipa menedżerska z Europy. Mamy nadzieję, że szpitale skorzystają na jej obecności w naszym kraju – mówi Bogusław Budziński, krajowy koordynator programu HOPE Exchange, wiceprzewodniczący Rady Naczelnej PFSz (na zdjęciu).



– To samo dotyczy Polaków wyjeżdżających za granicę – mamy nadzieję, że podpatrzą tam ciekawe rozwiązania nie tylko medyczne, lecz także z zakresu zarządzania i finansowania – dodaje.

W ramach wymiany do Polski przyjechali: Gabriel de Arriba (Hospital Universitario de Guadalajara, Hiszpania), Liselotte Brahe (Aarhus University Hospital, Dania), Janine Bender (Krankenhaus vom Roten Kreuz Stuttgart, Niemcy), Gustavo Merino Gomez (Consejero de Sanidad Gobierno de Cantabria, Hiszpania), Erif Newman (Berkshire Healthcare NHS Foundation Trust, Wielka Brytania), Louise Phillips (NHS Tower Hamlets Clinical Commissioning Group, Wielka Brytania).

Z Polski na staż wyjechali: Łukasz Grabarczyk (USK w Olsztynie), Anna Farmas (Szpital Medinet, Wrocław), Joanna Kamińska (WSK im. M. Kopernika w Łodzi), Magdalena Markowska (Instytut Onkologii, Oddział w Gliwicach), Łukasz Panasiuk (WSS w Białej Podlaskiej), Dariusz Timler (WSS im. M. Kopernika w Łodzi).

Wszyscy ww. uczestnicy programu pochodzą ze szpitali należących do PFSz lub też odbędą staż w szpitalach członkowskich.

PFSz bardzo dziękuje dyrektor Irenie Kierzkowskiej z WSS w Olsztynie, prezesowi Dariuszowi Kostrzewie ze Szpitala Copernicus w Gdańsku oraz dyrektorowi Wojciechowi Szrajberowi z WSS im. M. Kopernika w Łodzi za przyjęcie na staż menedżerów z innych krajów.

– na ogół zwraca się z nawiązką – komentuje Bogusław Budziński, koordynator HOPE Exchange w Polsce z ramienia Polskiej Federacji Szpitali.

## KOORDYNOWANA OPIEKA ZDROWOTNA PO POLSKU

W Polsce wysiłki związane z wprowadzeniem koordynowanej opieki zdrowotnej podejmuje szereg ośrodków, m.in. zabrzańskie Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka.

– Nie czekaliśmy na ministerialne programy, wytyczne, sami wzięliśmy sprawy w swoje ręce już kilka lat temu. I kontynuujemy wysiłki – mówi dr Mariusz Wójtowicz, członek zarządu PFSz, szef szpitala. W centrum opieki nad kobietami jest kompleksowa. Placówka oferuje pełen zakres usług ginekologiczno-położniczych, działa w systemie *rooming-in*, co oznacza, że matka ma przy sobie dziecko przez cały czas, również zaraz po urodzeniu. Po wyjściu ze szpitala noworodek pozostanie pod opieką poradni neonatologicznej, czyli pielęgniarek i lekarzy znających go od urodzenia.

Tym możemy się pochwalić, o tym będziemy mówić także podczas najbliższej konferencji *Hospital and Healthcare Management*. Od koordynowanej opieki zdrowotnej nie ma odwrotu i coraz mocniej zdają sobie z tego sprawę instytucje odpowiedzialne za ochronę zdrowia. Także w Polsce.

Bartłomiej Leśniewski

# Ochrona zdrowia – co nowego w Unii Europejskiej



## URZĄDZENIA MEDYCZNE I DIAGNOSTYKA *IN VITRO*

28 kwietnia 2016 r. holenderska prezydencja Komisji Europejskiej zorganizowała spotkanie informacyjne, którego celem było uaktualnienie informacji i ocena postępu w aktualnych negocjacjach z Parlamentem Europejskim dotyczących regulacji w zakresie urządzeń medycznych i do diagnostyki *in vitro*. Na spotkaniu przedstawiono sprawozdanie z aktualnego etapu negocjacji. Po ciężkiej pracy wykonanej przez prezydencję Luksemburga w 2015 r. (pięć spotkań trójstronnych i siedem technicznych) osiągnięto tymczasowe porozumienie z Parlamentem Europejskim w wielu sprawach, m.in. nadzoru nad urządzeniami medycznymi, ubezpieczenia OC i informacji pacjenta, klasyfikacji zasad dla urządzeń medycznych, delegowania i wprowadzania ustaw, utylizowania urządzeń jednorazowego użytku.

Następne kroki podejmowane przez prezydencję holenderską zmierzające do wypracowania procedury legislacyjnej będą obejmowały utworzenie trzech zespołów roboczych w zakresie farmaceutyków i urządzeń medycznych, dwóch zespołów trójstronnych, które mają się zająć sprawami technicznego wdrożenia. Celem ostatecznym jest zamknięcie pierwszego czytania (EPSCO) w czerwcu 2016 r.

## EUROPEJSKA PLATFORMA ZDROWIA – SPOTKANIE PRZED WDROŻENIEM

5 kwietnia 2016 r. Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności zaprezentowała Europejską Platformę Zdrowia (HPP) interesariuszom z 52 unijnych organizacji będących członkami Forum Polityki Zdrowotnej UE. Platforma została formalnie otwarta 21 kwietnia 2016 r. podczas konferencji Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Konsumentów o zapobieganiu i zarządzaniu chorobami przewlekłymi. Platforma jest nowym narzędziem informacyjnym, które ma na celu regularny dialog

między instytucjami europejskimi i interesariuszami, a także wzrost transparentności. Platforma jest rozwijana na trzech poziomach:

- **AGORA** – otwarte forum, na którym wykorzystywane są najbardziej elastyczne narzędzia komunikacji, informacji i otwartych konsultacji. Jest dostępna dla interesariuszy różnego typu, od organizacji po biznes.
- **SIECI TEMATYCZNE** – poziom, gdzie większość interesariuszy – partnerów pracuje na tej samej podstawie. Opiera się głównie na wypracowaniu propozycji procedur postępowania, wspólnych stanowisk i dokumentów.
- **SIEĆ EUROPEJSKICH EKSPERTÓW I GRUP INTERESARIUSZY** – dostępna wyłącznie dla członków. Jej głównym celem jest zachowanie kontynuacji dyskusji pomiędzy planowanymi spotkaniami, przygotowywanie kolejnych spotkań, zapewnianie dalszej komunikacji oraz propagowanie materiałów i informacji wśród członków.

## STANDARDY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA DLA KRWI ORAZ LUDZKICH TKANEK I KOMÓREK

26 kwietnia 2016 r. Komisja opublikowała dwa raporty dotyczące wdrożenia unijnego ustawodawstwa, które określa standardy jakości i bezpieczeństwo krwi oraz ludzkich tkanek i komórek.

Zgodnie z ustawodawstwem ludzka krew, tkanki i komórki powinny być oddawane dobrowolnie i bezpłatnie. Obydwa raporty pokazują, że kraje europejskie posiadają mierzaki i narzędzia zachęcające do takich działań, chociaż interpretacja, co jest traktowane jako rekompensata, a co jako zachęta, jest różna w krajach członkowskich.

W raportach wskazano również niektóre luki i trudności w dostosowaniu się i wprowadzaniu w życie zasad. Dotyczą one definicji, ochrony dawców, zakresu kontroli i ustanowienia

kryteriów dla rozwoju nowych uwarunkowań epidemiologicznych i technologicznych.

## KOREKTA EUROPEJSKICH RAM INTEROPERACYJNOŚCI

6 kwietnia 2016 r. Komisja Europejska rozpoczęła konsultacje dotyczące korekty Europejskich Ram Interoperacyjności. Konsultacje będą trwać 12 tygodni i zakończą się 29 czerwca 2016 r.

Do konsultacji zaprasza się obywateli, organizacje prywatne, administrację publiczną, centra naukowe, instytucje akademickie, organizacje standaryzujące oraz dostawcy usług biznesowych.

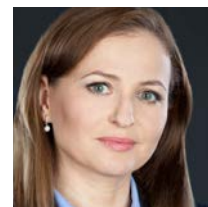
Głównym zadaniem jest zapewnienie spójnej wizji interoperacyjności w Unii Europejskiej w relacjach pomiędzy europejską administracją publiczną, obywatelami i biznesem. Będzie to możliwe dzięki uaktualnieniu i rozszerzeniu Europejskich Ram Interoperacyjności (EIF) i uaktualnieniu Europejskiej Strategii Interoperacyjności (EIS).

## OCHRONA DANYCH

8 kwietnia 2016 r. Komisja przyjęła stanowisko dotyczące reformy ochrony danych już po pierwszym czytaniu. Stanowisko to potwierdziło końcowe przyjęcie pakietu ustawodawstwa przez Parlament Europejski na jego posiedzeniu plenarnym w kwietniu br. To formalne przyjęcie stanowi kompromis uzgodniony z Parlamentem Europejskim w grudniu 2015 r.

Reforma ochrony danych stanowi pakiet inicjatyw ustawodawczych, których celem jest uaktualnienie i modernizacja dotychczasowych rozwiązań. Zawiera on dwa instrumenty legislacyjne: główną ochronę danych (zmierzający do zastąpienia dyrektywy 95/46/EC) i dyrektywę ochrony danych w obszarze prawnego egzekwowania (zmierzającą do zastąpienia decyzji z 2008 r. o strukturze ochrony danych).

Głosowanie w Parlamencie Europejskim odbyło się 14 kwietnia br. Pakiet został przyjęty bez poprawek i w ten sposób zakończono proces ustawodawczy. Tekst zostanie opublikowany wkrótce w Dzienniku Urzędowym UE. ■



Opracowanie:  
**Anna Szczerbak**,  
członek Rady  
Naczelnej Polskiej  
Federacji Szpitali,  
HOPE Liaison Officer  
(PL), Menedżer Roku  
w Ochronie Zdrowia  
2014

# Co dolega szpitalom powiatowym

W Polsce działa ok. 350 szpitali powiatowych. Ich sytuacja finansowa jest coraz trudniejsza, narasta problem zadłużenia. Gdyby nie wsparcie samorządów, które szacuje się na ponad 5,5 mld zł, wiele szpitali ograniczyłoby znacznie zakres swojej podstawowej działalności lub przestałoby w ogóle funkcjonować.

**U**dział i rola szpitali powiatowych w systemie ochrony zdrowia jest nie do zastąpienia. Szpital powiatowy jest szpitalem pierwszego kontaktu dla 80 proc. mieszkańców powiatu i w większości przypadków ostatnim etapem leczenia. W łańcuchu zabezpieczającym potrzeby zdrowotne jest najbardziej stabilnym elementem dającym poczucie bezpieczeństwa. Szpitale powiatowe działają w trybie ostrodyżurowym, czyli w pełnej gotowości do pracy. W świadomości społeczeństwa jest to jedyne miejsce, gdzie w szerokim zakresie uzyska się poradę i pomoc 24 godz. na dobę przez 7 dni w tygodniu. Szpital powiatowy jest bardzo często pierwszym ogniwem specjalistycznego leczenia. Na jego poziomie przed przekazaniem pacjenta do kliniki czy szpitala specjalistycznego wykonuje się większość drogich badań diagnostycznych, czego efektem są wysokie koszty. W szpitalach powiatowych realizowane są zadania POZ we wszystkie dni tygodnia przez większą część doby oraz w dni wolne przez 24 godziny, jednak środki przeznaczane na ten cel są wielokrotnie mniejsze niż na zabezpieczenie pozostałych godzin pracy POZ.

Rola, jaką odgrywają szpitale powiatowe w systemie ochrony zdrowia, oraz ciężar ich zadań są nieadekwatne do nakładów finansowych przeznaczanych przez NFZ na tę grupę szpitali.

W 1998 r. ponad 40 proc. środków budżetowych zostało przeznaczonych na szpitale powiatowe, a ok. 20 proc. na szpitale kliniczne, dzisiaj udział szpitali

powiatowych spadł poniżej 30 proc., a klinicznych przekroczył 30 proc. Zwiększa się liczba procedur wykonywanych w szpitalach powiatowych, ale dynamika wzrostu przychodów w porównaniu ze szpitalami klinicznymi i marszałkowskimi jest najniższa od czasu rozpoczęcia reformy ochrony zdrowia. W przypadku szpitali klinicznych wzrost sięgnął blisko 500 proc., a w przypadku powiatowych w tym czasie ledwo przekroczył 200 proc. Procedury podstawowe realizowane głównie w szpitalach powiatowych są niedoszacowane, podczas gdy procedury wysokospecjalistyczne są często przeszacowane. Wartość punktu pozostaje na niezmiennym poziomie 52 zł od 6 lat. Jednocześnie rosnące wymagania dotyczące obsady kadrowej, wyposażenia w sprzęt, organizacji pracy czy infrastruktury generują bardzo wysokie koszty stałe, co przy tak niskich kontraktach nie pozwala uzyskać rentowności działania. Przy tak złym finansowaniu coraz trudniej jest pozyskać kadrę. Czas odwrócić piramidę i zwiększyć finansowanie szpitali powiatowych. Szpitale powiatowe, które w porównaniu z wieloma innymi lecznicami są efektywne kosztowo, powinny otrzymywać znacznie większe środki. Stabilność pracy szpitali powiatowych zapewnia spokój społeczny. Może on zostać zburzony, kiedy szpitale zaczną padać lub ze względów finansowych ograniczać działalność poprzez zamykanie oddziałów. ■

**Zbyszko Przybylski**, prezes Zarządu Szpitala Powiatowego we Wrześni, członek Zarządu PFSz, Prezes Wielkopolskiego Związku Szpitali Powiatowych

## PFSz wspiera przyszłych lekarzy i liderów ochrony zdrowia

**6** kwietnia br. odbyło się spotkanie Polskiej Federacji Szpitali z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA-Poland. Studenci nakreślili realia nauki medycyny w Polsce. W większości poruszanych tematów udało się wypracować wspólne stanowisko, padło również kilka propozycji rozwiązań palących problemów dzisiejszej edukacji medycznej. Przedstawiamy omówione wątki.

### NAUKA PRZEDKLINICZNA

Przedstawiciele IFMSA-Poland: Ligia Kornowska, wiceprezydent stowarzyszenia, oraz Maciej Spałek, pełnomocnik ds. edukacji medycznej, zwracali uwagę przede wszystkim na przeładowane programy. Wymaganie najmniejszych szczegółów niestety zastępuje nauczanie ogólnej medycyny. Nasz system pozostaje przy schemacie podawczo-odtwórczym. Nie ma również nauczania modułowego, tj. podzielonego na układy narządów – jest natomiast nauczanie oparte na przedmiotach.

Omówiono także połączenie roli naukowca i dydaktyka. Niestety wykładowcami zostają przede wszystkim znakomici naukowcy, a nie znakomici nauczyciele.

### NAUKA KLINICZNA

Przeważającym problemem w zajęciach praktycznych są zbyt duże, najczęściej 6-osobowe grupy. Profesor Jarosław J. Fedorowski oraz Anna Szczerbak z Polskiej Federacji Szpitali jako symbol archaicznego stylu edukacji wymienili poranne obchody lekarskie. Studenci przyznali, że jest to kompletnie nieefektywna, a wręcz bezsensowna forma nauczania. Brakuje także zajęć w centrach symulacji medycznej czy nauki obsługiwanego najnowszego sprzętu medycznego.

### PRAKTYKI I STAŻ

Wszyscy zgodnie przyznali, że idea praktyk wakacyjnych jest dobra. Niestety brakuje uregulowań prawnych, które dokładnie określałyby, w jakim stopniu wolno studentowi

medycyny ingerować w ciało pacjenta. Przyszli lekarze wskazali także na konieczność istnienia stażu podyplomowego. Niestety prawie 80 proc. absolwentów nie czuje się po studiach przygotowana do pracy w zawodzie, dlatego jasno opowiedzieli się za przywróceniem stażu.

### ROZWIĄZANIE

Polska Federacja Szpitali zaproponowała odbywanie zajęć praktycznych w szpitalach innych niż kliniczne, co IFMSA-Poland przyjęło z zainteresowaniem. Podkreślono także, że Polska powinna się kierować światowymi wytycznymi dotyczącymi edukacji medycznej, ale w codziennej praktyce, a nie tylko w oficjalnych dokumentach. Przedstawiciele obu podmiotów byli usatysfakcjonowani spotkaniem i mają nadzieję na dalszą współpracę. ■

**Ligia Kornowska**, studentka medycyny, była wiceprzewodnicząca polskiej sekcji Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny

# Nie brakuje wątpliwości

W uzasadnieniu projektu wskazano, że nowelizacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.

Nie jest to jednak właściwe założenie, ponieważ skutkuje odejściem od badania zgodności danej regulacji z prawem UE. Trzeba pamiętać, że nawet podczas realizacji kompetencji wyłącznej kraju członkowskiego nie może on naruszać zasad generalnych UE.

**P**rzejście zasad UE, w szczególności zasad rynku wewnętrznego, ma istotne znaczenie dla procedur przyznawania krajowi członkowskiemu dofinansowania ze środków UE.

## DWA RODZAJE KOMPETENCJI

Złożoność sprawy polega na zbiegu dwóch rodzajów kompetencji, z których jedna, tj. organizacja i finansowanie ochrony zdrowia, stanowi kompetencję wyłączną państwa członkowskiego, druga zaś, odnosząca się do podstawowych praw gospodarczych UE, tj. swoboda przedsiębiorczości oraz swoboda świadczenia usług, stanowi przedmiot kontroli Unii. Wskazane zagadnienie „przenikania się kompetencji” w ochronie zdrowia wielokrotnie było przedmiotem badania Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (dalej: TSUE). Trybunał jednoznacznie wskazał, że „Państwa członkowskie powinny przestrzegać prawa wspólnotowego, w szczególności zaś postanowień dotyczących swobodnego świadczenia usług. Postanowienia te zakazują bowiem wprowadzania lub utrzymywania przez państwa członkowskie nieuzasadnionych ograniczeń w korzystaniu z tych swobód w dziedzinie opieki zdrowotnej” oraz że „Unia Europejska może wywierać znaczny wpływ na systemy opieki zdrowotnej państw członkowskich za pomocą środków, których celem jest np. realizacja podstawowych swobód gospodarczych”. Trybunał Sprawiedliwości dopuszcza możliwość ograniczenia swobody przedsiębiorczości, ale wyłącznie wówczas, gdy jest to uzasadnione ważnym interesem publicznym. W tym kontekście poważne wątpliwości wzbudza wprowadzana możliwość nabywania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego od „właśnych” szpitali z pominięciem obowiązku przeprowadzenia postępowania konkursowego. W istocie takie rozwiązanie narusza zasady swobody przedsiębiorczości, uniemożliwiając realizację zadań ze środków publicznych innym jednostkom, które mogłyby być zdolne do udzielania zamawianych świadczeń. Wskazane rozwiązanie narusza podstawową

zasadę wydatkowania środków publicznych – postępowanie konkursowe jest instrumentem zapewniającym realizację zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, a tym samym podstawowej zasady wydatkowania środków publicznych zawartej w art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych: „Wydatki publiczne powinny być dokonywane: w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów”. Innym wzbudzającym wątpliwość rozwiązaniem jest zakaz sprzedaży akcji lub udziałów spółek z udziałem Skarbu Państwa (powyżej udziału 51%). O ile zrozumiałe są intencje faktyczne projektodawcy, o tyle trudno

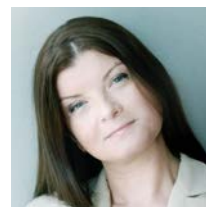
## O ile rozumiałe są intencje faktyczne projektodawcy, o tyle trudno w obecnym porządku prawnym wskazać *ratio legis* tej regulacji.

w obecnym porządku prawnym wskazać *ratio legis* tej regulacji. W świetle przepisów UE przedsiębiorcą jest każdy podmiot zaangażowany w działalność gospodarczą, niezależnie od jego formy prawnej i źródeł finansowania. Nie ma również znaczenia, czy jest to podmiot nastawiony na zysk czy też nie. Przedsiębiorcą może więc być również stowarzyszenie czy fundacja. Przepisy prawa unijnego znajdują zastosowanie także w odniesieniu do podmiotów sektora publicznego prowadzących działalność gospodarczą. Zatem podstawowym prawem przedsiębiorcy jest swoboda prowadzenia działalności gospodarczej rozumiana nie tylko jako swoboda podejmowania, wykonywania i zakończenia działalności gospodarczej, lecz także swoboda konkurencji z innymi podmiotami. Przedsiębiorcy prywatni i publiczni (w tym przedsiębiorstwa państwowe) uczestniczą w obrocie gospodarczym na równych prawach. Dlatego też wszel-

kie różnicowanie w tym zakresie, jeśli jest wprowadzane przez ustawodawcę, nie może przybierać cech dyskryminacji. Trybunał Sprawiedliwości wskazał, że „art. 56 traktatu pozwala państwom członkowskim ograniczyć swobodę świadczenia usług medycznych i szpitalnych w zakresie, w jakim utrzymanie możliwości przeprowadzania leczenia lub kwalifikacji medycznych na terytorium krajowym stanowi kwestię fundamentalną dla zdrowia publicznego, a nawet dla przetrwania populacji”. Trudno jednak w przedmiotowej regulacji dopatrywać się kwestii fundamentalnych dla zdrowia i życia lub przetrwania populacji, bowiem projektodawca jako cel wskazuje ochronę mienia Skarbu Państwa.

## ZMIANA TERMINOLOGII

Głębokie zdumienie wywołuje zmiana terminologii, tj. pojęcia „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego” na pojęcie „zakład leczniczy”. Będzie to implikować wiele zmian w dokumentach działających już podmiotów leczniczych, a także zmian logistycznych i organizacyjnych, włącznie z tablicami informacyjnymi, pieczętkami itp. Spowoduje to poważne zamieszanie organizacyjne i logistyczne oraz będzie się wiązało z dużymi kosztami po stronie podmiotów leczniczych, organów tworzących i płatnika. Tym samym słuszne wątpliwości może budzić zasadność wydatkowania środków publicznych wyłącznie w celu zmiany nazewnictwa zmierzającej, jak wskazał w uzasadnieniu projektodawca, do poprawy potocznego skojarzenia. Niewątpliwie do pozytywnych rozwiązań należy zaliczyć przede wszystkim obowiązek współpracy z policją w zakresie poszukiwania osób zaginionych oraz odstąpienie od obowiązkowego ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, o co od lat zabiegała PFSz. ■



Anna Banaszewska,  
dyrektor  
zarządzająca PFSz





# Nowoczesne leczenie bólu

Otwarte 18 kwietnia br. Regionalne Centrum Leczenia Bólu w Mońkach to inwestycja zrealizowana przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach, sfinansowana w znakomitej większości ze środków unijnych przy znacznym udziale powiatu monieckiego oraz środków własnych zakładu.

**N**owoczesne Centrum pełniące funkcję diagnostyczno-zabiegowo-leczącą jest najważniejszą inwestycją w powiecie monieckim w ostatnich latach. Jest również jedną z najważniejszych placówek medycznych w Polsce zapewniających kompleksowe zaspokojenie potrzeb pacjentów w dziedzinie leczenia bólu.

## POTRZEBUJĄCYCH CHORYCH JEST CORAZ WIĘCEJ

Ból jest najczęstszym objawem występującym w medycynie, skłaniającym człowieka do poszukiwania pomocy lekarskiej. Odgrywa rolę ostrzegawczo-obronną i jest sygnałem potencjalnego czy istniejącego zagrożenia lub objawem choroby. Jeżeli trwa zbyt długo, to traci znaczenie ostrzegawczo-obronne i staje się źródłem cierpienia. W takiej sytuacji mówi się o bólu przewlekłym, definiowanym jako ból, który wykracza poza przewidywany okres zdrowienia i trwa dłużej niż 3 miesiące lub często nawraca i utrzymuje się przez ponad 6 miesięcy w roku. Chorych potrzebujących leczenia bólu jest coraz więcej. Eksperti szacują, że ok. 75 proc.\* ludzi na świecie cierpi z powodu bólu o różnym stopniu nasilenia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Or-

ganizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) uznają dostęp do leczenia bólu za jedno z praw człowieka. W Polsce ból przewlekły dotyka 27 proc. pacjentów. Według danych światowych wśród osób powyżej 65. roku życia ból przewlekły dotyczy ok. 50 proc. populacji. Z kolei z bólem nowotworowym żyje

LICZBY	
	16 116 152,18 zł
– łączna wartość inwestycji, w tym:	
	12 145 278,95 zł
– środki unijne i budżetowe,	3 250 652,73 zł
– środki powiatu monieckiego,	720 220,50 zł
– środki własne SPZOZ w Mońkach.	

ok. 200 tys. Polaków. Mimo obowiązujących standardów i dostępu do nowoczesnych terapii pacjent cierpiący z powodu bólu różnego pochodzenia i o różnym natężeniu nie zawsze otrzymuje skuteczne leczenie. Nieleczony lub źle leczony ból osłabia organizm chorego, może prowadzić do depresji i niepowodzenia terapii zasadniczej. Skuteczne leczenie bólu umożliwia powrót do zdrowia lub poprawę

jakości życia w chorobie. Dlatego tak ważna jest prawidłowa diagnostyka i leczenie bólu.

## SZPITAL BEZ BÓLU

Moniecki SPZOZ od 8 lat specjalizuje się w leczeniu bólu przewlekłego różnego pochodzenia: od neuropatycznego po dolegliwości typu neuralgicznego, których leczenie nie przynosi pożądaných efektów lub jest niemożliwe. Ośrodek jest pierwszą placówką w województwie podlaskim, która otrzymała certyfikat „Szpital bez bólu” jako cały podmiot. Certyfikat ten jest nadawany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu i stanowi potwierdzenie wprowadzenia w placówce najwyższych standardów uśmieriania bólu. Jako jedyny ośrodek w regionie zapewnia pacjentom kompleksową opiekę medyczną w dziedzinie leczenia bólu, tj. zarówno leczenie ambulatoryjne – w Poradni Leczenia Bólu, jak i stacjonarne, dla pacjentów leczonych zabiegowo – na Pododdziale Leczenia Bólu. Powstałe przy SPZOZ w Mońkach specjalistyczne Centrum Leczenia Bólu pełni funkcję diagnostyczno-zabiegowo-leczącą i w dużym stopniu wpłynie na dalszy rozwój całej placówki, która już wcześniej była w Polsce liderem w dziedzinie leczenia bólu.

Z danych statystycznych SPZOZ w Mońkach wynika, że chorzy spoza powiatu monieckiego stanowią połowę pacjentów Poradni Leczenia Bólu oraz ponad trzy czwarte osób leczonych w trybie stacjonarnym. Zakupiony w trakcie inwestycji innowacyjny sprzęt medyczny umożliwi specjalistom wykonywanie unikalnych w skali kraju zabiegów leczenia bólu przewlekłego, co z pewnością spowoduje jeszcze większy napływ pacjentów „zewnętrznych”.

W 2015 r. specjaliści z SPZOZ w Mońkach wykonali 749 zabiegów leczenia bólu w warunkach stacjonarnych oraz udzielili 3100 porad specjalistycznych.

Na parterze nowo powstałej placówki znajduje się Centralna Izba Przyjęć z Poradnią Leczenia Bólu oraz Poradnią Chirurgiczną. Na I piętrze zlokalizowany jest Oddział Chirurgii Ogólnej, a na II – składający się z dwóch sal blok operacyjny i Pododdział Leczenia Bólu. Zarówno sale operacyjne, pokoje dla pacjentów, jak i inne pomieszczenia w budynku zostały wyposażone w nowoczesne instalacje i urządzenia o szczegółowo określonych wymaganiach, funkcjach i parametrach technicznych. ■



**Jarosław Pokoleńczuk**,  
dyrektor SPZOZ  
w Mońkach. Szpital  
w Mońkach należy  
do PFSz od 2013 roku

\* Dane pochodzą z raportu „Priorytety w zakresie leczenia bólu w Polsce”, Warszawa 2015.

# Podglądając, co w Niort

**D**yrektorzy szpitali zrzeszonych w Polskiej Federacji Szpitali odbyli kolejną wizytę studyjną w jednym z europejskich szpitali. Tym razem było to Centrum Medyczne w Niort we Francji. Skąd taki wybór i kierunek podróży?

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej podjął się organizacji wizyty studyjnej, wskazując do odwiedzenia swojego wieloletniego zagranicznego partnera – szpital w Niort. Od kilkunastu lat trwa żywa

współpraca pomiędzy szpitalami, polegająca na wzajemnym podglądaniu u siebie najlepszych rozwiązań, dobrych praktyk i wymianie doświadczeń. Te relacje świetnie uzupełniają wiedzę i wpływają na polepszenie organizacji i opieki nad pacjentami. Centrum Medyczne w Niort to jeden z największych i najlepszych szpitali we Francji. Na ponad dwóch tysiącach łóżek znajdują opiekę medyczną pacjenci oddziałów ostrych, psychiatrii i geriatrii. Lekarze ze szpitala w Białej Podlaskiej



uczestniczyli w przeszłości w zabiegach przeprowadzanych w placówce w Niort, obserwując stosowane techniki zabiegowe. Niektóre z nich zostały wdrożone w Białej Podlaskiej. Opierając się na doświadczeniach szpitala w Niort, już przed dziesięcioma laty wprowadziliśmy ankietę badania satysfakcji pacjenta oraz rejestrowanie i analizę zdarzeń niepożądanych. Koncepcja opieki ginekologicznej, położniczej i pediatrycznej funkcjonująca w szpitalu francuskim spowodowała nas do utworzenia obszaru koordynowanego „Kobieta Matka Dziecko”. Podczas obecnej wizyty uczestnicy wyjazdu zapoznali się z systemem opieki zdrowotnej we Francji, ze sposobem finansowania świadczeń zdrowotnych, z systemem ubezpieczeń, ratownictwa medycznego i szkoleniem kandydatów na dyrektorów szpitali, a także z zagadnieniami dotyczącymi samego szpitala, skupiając uwagę na wyodrębnionym pawilonie medycznym do opieki nad matką i dzieckiem. To kolejne bezcenne doświadczenia wspierające zarządzanie placówką medyczną. Podczas spotkania z dyrekcją szpitala, delegacja PFSz poznała system ochrony zdrowia we Francji oraz szczegółowe dane dotyczące działalności szpitala w Niort (dalsze informacje na stronie PFSz). ■

**Dariusz Oleński**, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej, Członek Zarządu PFSz, Menedżer Roku w Ochronie Zdrowia 2015

## Ślązacy dołączyli do PFSz!

Rozmowa z Tadeuszem Urbanem,  
prezesem Śląskiego Związku Pracodawców  
Zakładów Opieki Zdrowotnej



### Ile podmiotów należy do Śląskiego Związku Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej?

Śląski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej działa od 2001 r. i jak sama nazwa wskazuje – jest organizacją zrzeszającą pracodawców będących zakładami opieki zdrowotnej. Obecnie liczy 49 członków reprezentujących w znakomitej większości szpitale, jak również zakłady udzielające świadczeń w trybie ambulatoryjnym oraz w systemie ratownictwa medycznego. Do organizacji należą również niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Podstawowym celem i zadaniem związku jest ochrona praw i reprezentowanie interesów zakładów opieki zdrowotnej. Swoje zadania staramy się realizować poprzez współuczestnictwo we wszystkich ważnych zdarzeniach związanych z szeroko pojętą ochroną zdrowia, traktując jako priorytet ochronę praw pacjenta.

### Dlaczego zdecydowali się państwo na przyłączenie się do PFSz?

Związek podjął jednoznaczną decyzję o przyłączeniu się do Polskiej Federacji Szpitali i przystąpił do niej w grudniu 2015 r. Celem wstąpienia do organizacji było wzmocnienie związku, ale również federacji.

### Czego oczekują państwo od federacji?

Oczekujemy pomocy w działaniach na forum krajowym, w kontaktach z Ministerstwem Zdrowia i centralą Narodowego Funduszu Zdrowia. Ważna jest dla nas również wymiana doświadczeń w zakresie zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. ■

Rozmawiał Krystian Lurka

# Projekt – szansa



Rozmowa z prof. nadzw. **Marcinem Czechem** z IMS Health, wykładowcą Szkoły Biznesu Politechniki Warszawskiej

**Zanim zapytam o projekt „Dane Szpitalne”, chciałbym porozmawiać na temat przedsięwzięcia, które już państwo realizują. Proszę o szczegóły projektu „Dane Apteczne”.**

IMS Health to firma zajmująca się gromadzeniem i analizowaniem danych o sektorze ochrony zdrowia. Dysponujemy informacjami statystycznymi dotyczącymi transakcji z ponad 4 tys. aptek. Na ich podstawie wiemy, jakie leki kupują chorzy, czy otrzymali je na receptę i od lekarza jakiej specjalności. Kolejnym krokiem prowadzącym do zwiększenia zakresu informacji jest dowiedzenie się, co dzieje się z pacjentem przed wizytą w aptece i po niej. Mam na myśli połączenie danych z aptek z danymi pochodzącymi ze szpitali.

**Dochodzimy więc do momentu, w którym musimy zapytać o drugi projekt. Jakie są jego założenia?**

Chcemy stworzyć kompleksowy system, na podstawie którego będzie można śledzić drogę, jaką podąża pacjent. Będziemy wiedzieć, jak anonimowy chory, którego wiek, płeć i dolegliwości znamy, porusza się po systemie. Staramy się tym pomysłem zainteresować dyrektorów szpitali wszystkich poziomów referencyjnych.

Poza korzyścią w postaci wiedzy o przebiegu ścieżki pacjenta, dyrektorzy będą mogli porównywać swoje placówki z innymi, a co za tym idzie – poprawiać swoje działania, dokonać korekt w procesie decyzyjnym i lepiej zarządzać. Trzeba podkreślić, że szpitale nie będą w stanie rozpoznać konkretnych placówek, z którymi się porównują. Zarządzający będą widzieli jedynie swój szpital na tle innych o podobnym profilu.

**Co szpital otrzyma w ramach współpracy z państwem?**

Otrzyma gotowe i wystandaryzowane raporty obejmujące skumulowane i uśrednione wskaźniki związane z efektywnością działań innych placówek – *benchmarking*. Chcielibyśmy, aby szpitale wiedziały, jak leczony jest pacjent po opuszczeniu placówki i czy nie wraca do niej dlatego, że dotknęły go błędy lekowe. Mając dane o farmakoterapii ze szpitala – część szpitali dysponuje takimi informacjami – będziemy mogli śledzić zmiany, modyfikacje leczenia, interakcje lekowe, dawki leków, *compliance* i *persistance*. Pośrednio będziemy mogli wnioskować o skuteczności terapii, widząc zastosowanie dodatkowych, doraźnie stosowanych leków rozszerzających oskrzela w astmie.

**Jakie dane będą państwo zdobywać?**

Będziemy się starali pozyskać trzy rodzaje informacji. Pierwszy to dane raportowane do NFZ. Mają one formę wystandaryzowaną i są zdefiniowane w odpowiednich zarządzeniach. Pozyskanie tych danych nie jest ani czasochłonne, ani kosztochłonne. Drugi rodzaj to dane związane z farmakoterapią. Te mają bardziej zróżnicowany charakter, od takich, które istnieją jedynie na poziomie apteki szpitalnej, poprzez informacje o dystrybucji leków na poszczególne oddziały czy apteczki oddziałowe, kończąc na danych związanych z pojedynczym pacjentem. Do tej grupy należy zaliczyć informacje pochodzące z programów terapeutycznych. Trzeci poziom to dane pochodzące z dokumentacji medycznej. Warunkiem jest ich przechowywanie w systemie informatycznym szpitala. Do ich ewentualnego wykorzystania będziemy podchodzić w sposób indywidualny, dyskutując z poszczególnymi szpitalami.

**Ile placówek chcieliby państwo mieć w systemie?**

Gdyby w systemie znalazła się jedna czwarta szpitali w Polsce, to moglibyśmy analizować dane reprezentatywne dla całego kraju. Zaczniemy najprawdopodobniej od kilkudziesięciu szpitali. Taka była historia współpracy IMS ze szpitalami w innych krajach.

**Czy przeprowadzili państwo pilotaż?**

Pilotaż dotyczy sześciu placówek, w tym powiatowych, wojewódzkich i klinicznych. Jesteśmy w trakcie finalizowania, ale już możemy uznać go za sukces. Co ważne: podobnie jak dyrektorzy szpitali. Pilotaż pozwolił nam poznać wątpliwości dyrektorów i je rozwiązać.

**Domyślam się, że dotyczyły one ochrony prywatności. Czy pacjenci i dyrektorzy powinni się obawiać tego, że personalia chorych są w jakikolwiek sposób zagrożone?**

Stanowczo nie. Dane, które opuszczają szpital, są już zanonimizowane. Nawet gdybyśmy chcieli, nie możemy dotrzeć do wrażliwych danych pacjenta. Nie mamy możliwości zidentyfikowania przysłowiowego Kowalskiego. Wiemy natomiast na przykład, że pacjent X z niewydolnością serca, w grupie wiekowej od 50 do 60 lat, jest ponownie hospitalizowany, bo wykupił jedną trzecią leków na receptę, jednocześnie nabywając pięć różnych leków OTC czy suplementów diety, które wchodzi w interakcje.

**Jakie jeszcze wątpliwości mieli dyrektorzy?**

Myszą, że będzie ich to kosztowało dodatkową pracę. Nie ma to uzasadnienia. Proces zbierania danych, po jego zaplanowaniu, jest automatyczny. Potwierdza to bezobsługowy sposób pobierania danych z ponad 4 tys. aptek. ■

Rozmawiał **Krzysztof Lurka**

IMS Health jest członkiem wspierającym PFSz od 2016 roku

# Nad czym pracuje zespół trójstronny?

**M**inisterstwo Zdrowia przedstawiło projekt ustawy w sprawie minimalnych wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia – w zależności od konkretnego zawodu miałyby zostać ustalone współczynniki odnoszące się do średniej płacy krajowej, wynoszącej obecnie ok. 4,1 tys. zł brutto. W każdej grupie zawodowej miałyby być kilka stawek – w zależności od wykształcenia, doświadczenia czy zajmowanego stanowiska. Podczas posiedzenia, które odbyło się 25 kwietnia, Zespół Trójstronny do spraw Ochrony Zdrowia, pracownicy i pracodawcy spotkali się z przedstawicielami Ministerstwa Finansów.

Ministerstwo poinformowało, że powyższa ustawa nie wpisuje się w *ratio legis*, gdyż tworzy wyłom w procesie ustalania wynagrodzeń innych grup zawodowych. Zdaniem Grzegorza Byszewskiego z Pracodawców RP resort obawia się, że ustawa spowoduje wysuwanie

roszczeń dotyczących płac przez inne grupy zawodowe.

Strona społeczna zespołu wystosowała krytyczny apel, w którym odniosła się do przebiegu prac nad ustawą. Przedstawiciele pracowników i pracodawców byli zaskoczeni stanowiskiem przedstawiciela Ministerstwa Finansów, odmiennym od stanowiska ministra zdrowia, wobec projektu ustawy w sprawie minimalnego wynagrodzenia pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

„Ranga wydarzenia jest istotna w kontekście braku jednolitego stanowiska i decyzyjności obu resortów – zdrowia i finansów – odnośnie rozwiązań płacowych (...). Strona społeczna oczekuje pilnego wypracowania przez Radę Ministrów wspólnego stanowiska i jego przedstawienia stronie społecznej” poinformowano w apelu.

Zespół Trójstronny rozpoczął prace 16 lutego. Został powołany na podstawie nowej usta-

wy o Radzie Dialogu Społecznego. W skład zespołu wchodzi reprezentatywne związki zawodowe, organizacje pracodawców oraz przedstawiciele rządu. Zespół powołał trzech współprzewodniczących. Ze strony resortu jest to Piotr Warczyński, wiceminister zdrowia, ze strony pracodawców – Andrzej Mądrala, wiceprezydent Konfederacji Pracodawców Polskich, a ze strony związkowej – Maria Ochman, przewodnicząca Sekretariatu Ochrony Zdrowia. Przewodniczenie zespołowi jest rotacyjne.

Pierwsze posiedzenie, które otworzył minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, było poświęcone głównie sprawom proceduralnym, czyli zmianom w regulaminie zespołu. Wszystkie strony uznały wtedy za najważniejsze problemy płacowe – zarówno w kontekście „rozporządzenia Zembali” o podwyżkach dla środowiska pielęgniarskiego, jak i rozwiązania systemowe.

PFSz posiada jedno miejsce z pełnym prawem głosu w Zespole Trójstronnym oraz prawo do zapraszania ekspertów. ■

Krystian Lurka

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

### ZARZĄD PFSz:

Jarosław J. Fedorowski, Warszawa (prezes) • Janusz Boniecki, Ostróda (wiceprezes) • Irena Kierzkowska, Olsztyn • Ewa Książek-Bator, Gdańsk • Zbyszko Przybylski, Września • Mariusz K. Wójtowicz, Zabrze • Dariusz Oleński, Białą-Podlaska

**dyrektor zarządzająca** – Anna Banaszewska, Warszawa

### RADA NACZELNA PFSz:

Krzysztof Bederski, Kraków (przewodniczący) • Irena Petryna, Olsztyn (wiceprzewodniczący) • Bogusław Budziński, Warszawa (wiceprzewodniczący) • Krystyna Barcik, Legnica • Iwona Bednarek, Łódź • Andrzej Chełchowski, Warszawa • Danuta Ciecierska, Żyrardów • Krzysztof Czerkas, Gdańsk • Jacek Domejko, Świdnica • Renata Ruman-Dzido, Opole • Maciej Karbowski, Warszawa • Krzysztof Kasprzak, Bydgoszcz • Roman Lewandowski, Ameryka • Bożena Łapińska, Suwałki • Bożena Łaz, Wieluń • Małgorzata A. Majer, Brzeziny • Piotr Miadziołko, Gostyń • Janusz Michalak, Poznań • Sławomir Nawroc-

ki, Częstochowa • Radosław Pigoń, Radomsko • Tomasz Sadrzak, Warszawa • Jerzy Szafranowicz, Chorzów • Anna Szerbak, Warszawa • Tadeusz Urban, Zabrze • Beata Wieczorek-Wójcik, Wejherowo • Andrzej Zieleniewski, Wejherowo • Zdzisław Ziółkowski, Radom

### PFSz W LICZBACH:

Szpitale: 204 • Łóżka szpitalne: ok. 60 tys. • Kontrakty z NFZ: ok. 9,5 mld zł • Zatrudnienie szacunkowe: ok. 120 tys. osób • Stanowiska i rekomendacje krajowe: 49 • 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 PFSz – INSTYTUCJE I FIRMY:

Miller, Canfield, Babicki, Chełchowski i wsp. Sp. k., Warszawa • Termedia, Sp. z o.o., Poznań • Gras Savoy Polska Sp. z o.o., Warszawa • 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 • Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA, Toruń • Batna Group, Sp. z o.o. Warszawa • Fundacja Centrum Inicjatyw. Gospodarka i Zdrowie, Łódź • Medway, Sp. z o.o., Warszawa • E-volve, Sp. z o.o. Żory • Alab Laboratoria, Sp. z o.o., Warszawa • Wolters Kluwer SA, Warszawa • Formedis Sp. z o.o. Sp.k., Poznań • Centrum Jakości ProQuality Suchy Las k. Poznania • Langas Group, Warszawa • Falck Medycyna, Sp. z o.o., Warszawa • Fredomatic, Sp. z o.o., Kraków • IMS Health Sp. z o.o., Warszawa

## 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](mailto:biuro@federacjaszpitali.pl)  
[www.federacjaszpitali.pl](http://www.federacjaszpitali.pl), [www.pfsz.org](http://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, Chełchowski i wsp., Warszawa

