



SZPITAL

NR 3 1/2013

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

PROGRAM HOPE EXCHANGE 2013 W POLSCE

Polskie – znaczy ciekawe



Zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń i zarządzanie ryzykiem

to cel i temat wiodący tegorocznego programu HOPE Exchange.

– *To szczególnie ważne w dobie kryzysu, gdy szpitale muszą szukać oszczędności* – zapewniali podczas konferencji inaugurującej polską część programu jego zagraniczni uczestnicy wybierający się do polskich szpitali.

Konferencja odbyła się 13 maja br. w Warszawie. Wzięli w niej udział wszyscy uczestnicy – goście polskich szpitali: Jose Trigo – koordynator programów jakościowych z Hiszpanii; jego rodzaczka Olivia Perez Corral, antropolog i *coach* medyczny; Jasmina Savic-Joksimovic (Serbia), w swoim kraju dyrektor Centrum Planowania i Organizacji Centrum Klinik oraz Inger Bodin ze Szwecji, menedżer zasobów ludzkich i koordynator rozwoju zawodowego personelu szpitalnego. Gości witali i wprowadzali w polskie realia Jarosław J. Fedorowski, prezes Polskiej Fe-

deracji Szpitali i Bogusław Budziński, polski koordynator Programu HOPE Exchange.

WSPÓLNY PROBLEM

Wspólnym mianownikiem zainteresowań gości programu był problem jakości i zarządzania w dobie kryzysu. Kryzys to nacisk na szukanie oszczędności, uczestnicy wyrażali głębokie obawy, czy nie odbędzie się to kosztem pacjenta. – *To poważny problem w Serbii, gdzie cięcie nakładów budżetowych na zdrowie już nastąpiło. My sobie radziliśmy, wprowadzając współpłacenie, ubezpieczenia dodatkowe, rezygnując*

z refundacji niektórych świadczeń – mówiła Jasmina Savic-Joksimovic. – *Nie wyobrażam sobie, by oszczędzanie mogło się odbywać kosztem bezpieczeństwa. Jeśli gdzieś szukać oszczędności: to nie w tej sferze* – sekundowała jej Inger Bodin. – *W Hiszpanii także redukowane są budżety, mamy duży problem z tym, że lekarze są zmuszeni limitować swój czas poświęcany pacjentom. Rozwiązaniem może być pomoc personelu medycznego, grup wsparcia i telemedycyna* – mówił Jose Trigo. – *W medycynie jest tak, że złe skutki decyzji podjętych dziś odczuwamy dopiero po długich latach. A koszty naprawy tej sytuacji mogą być znacznie wyższe niż dzisiejsze oszczędności* – konkludowała Olivia Perez Corral.

POLSKIE DOŚWIADCZENIE

Uczestnicy programu rozjechali się do szpitali w Chorzowie, Krakowie, Łodzi i Radomsku. Każdy z własnym programem specjalnym. Jednym z punktów tego programu w wypadku Inger Bodin jest... obserwacja polskiego systemu kształcenia kadry medycznej. – *Bo wielu lekarzy praktykujących w Szwecji zdobywa edukację medyczną właśnie w Polsce. I dotyczy to zarówno emigrujących do Szwecji Polaków, jak i Szwedów, którzy wyjeżdżają po wiedzę medyczną za Bałtyk* – mówiła.

Program HOPE Exchange działa od 1981 r., ale Polska uczestniczy w nim dopiero drugi rok (od momentu, gdy PFSz jako pierwsza polska organizacja menedżerów zdrowia przystąpiła do HOPE). *Nie jest adresowany do tych, którzy chcą wymieniać doświadczenia stricte medyczne czy techniczne, ale do profesjonalistów, którzy są odpowiedzialni za zarządzanie w rozmaitych jednostkach systemu ochrony zdrowia* – czytamy na stronach HOPE. Program stawia także kandydatom konkretne wymagania: muszą pracować w szpitalu (lub innej placówce ochrony zdrowia), mieć trzyletnie doświadczenie w zarządzaniu placówką ochrony zdrowia, spełniać wymagania językowe odpowiednie dla placówki, w której będą gośćmi.

Co ważne, beneficjentami programu są nie tylko jego uczestnicy – menedżerowie, ale i goszczące ich szpitale. Menedżerowi ci przyjeżdżają z wiedzą i doświadczeniami zdobytymi w swoich krajach, a konsultacja z nimi jest, oczywiście, bezpłatna.

Bartłomiej Leśniewski

Pieniądze same nie leczą



Rozmowa z Jackiem Domejką,
uczestnikiem Programu
HOPE Exchange 2013,
członkiem Zarządu PFSz

Wybiera się pan do Wielkiej Brytanii. Z jakim zamiarem?

Najważniejsze dla mnie to zobaczyć, jak radzą sobie Brytyjczycy z codziennymi problemami i wyzwaniem, z utrzymaniem i restrukturyzacją sektora zdrowotnego. Brytyjski system ochrony zdrowia ma porównywalne wyniki z systemem amerykańskim co do średniej długości życia. Te wyniki Brytyjczycy osiągają, wydając w przeliczeniu na pacjenta o połowę mniej pieniędzy niż Amerykanie. Jak to możliwe, jakimi metodami osiągają ten efekt? Może porównywalna długość życia nie wiąże się z jego porównywalną jakością? A może jest to rezultat innego liczenia kosztów? Z drugiej strony tematem wiodącym tegorocznej edycji wymiany ma być praca zespołowa nad oceną i możliwością poprawy bezpieczeństwa pacjenta

w europejskich szpitalach. Myślę, że taka wiedza będzie bardzo przydatna w Polsce.

Dlaczego w Polsce?

Miałem okazję poznać sposób działania szpitali w Niemczech, Holandii, Belgii, Szwajcarii, we Włoszech i w Stanach Zjednoczonych. O innych czytałem. Wybór brytyjskiego NHS i miesięczny pobyt w królewskim uniwersyteckim szpitalu na Wyspach pozwoli mi na porównanie systemu brytyjskiego z amerykańskim. Sądzę, że w medycynie nie ma prostego przełożenia: „im więcej pieniędzy, tym lepszy efekt”. Same pieniądze nie leczą. Często w systemach, w których nie ma specjalnych ograniczeń co do funduszy, wydaje się je lekką ręką i nie zawsze racjonalnie. Ciekawi mnie, jak w dobie kryzysu, gdy często mówi się o konieczności oszczędzania, radzą sobie kraje lepiej rozwinięte od Polski. Obserwacja, jak to się robi w Wielkiej Brytanii pozwoli na sformułowanie odpowiednich wniosków co do kierunków analiz strategicznych w kontekście zmniejszania kosztów powikłań. My na ochronę zdrowia wydajemy jeszcze mniej niż Brytyjczycy – i w najbliższej przyszłości to się nie zmieni. Tym bardziej przyda się nauka od najlepszych. Czyli leczyć krótko, tanio i bez powikłań. Może wyjazd pozwoli mi na osobiste poznanie i wyrobienie sobie zdania o zdolności Brytyjczyków do radzenia sobie z powszechnymi w ochronie zdrowia problemami. Może przekonam się, na czym powinniśmy oszczędzać, a gdzie wydatków ciąć nie należy.

Co podpatrzył pan w czasie poprzednich pobytów? Co pana zaskoczyło, zdziwiło?

Czasami to, co widziałem, było jak – nie waham się użyć tego słowa – olśnienie. Okazuje się, że coś, co kiedyś wymyśliłeś i o wprowadzeniu czegoś marzysz, jest już realizowane. Zadajesz sobie wtedy pytanie, dlaczego oni mogą, a my

nie. Istnieje przecież wiele fascynujących rozwiązań technicznych, problemem jest tylko strategia związana z finansowaniem i ilością znajdujących się na rynku pieniędzy. Wtedy już wiadomo, że i w takich przypadkach można coś jeszcze poprawić, a szukanie najlepszego dla nas systemu staje się coraz większym wyzwaniem. Wiele podpatrzonych za granicą rozwiązań udało mi się potem wprowadzić we własnej praktyce. Jako młody lekarz słyszałem, że pacjent musi mieć żelazne zdrowie, żeby przeżyć narkozę, a tymczasem starszokowie ze złamaniami szyjki kości udowej, którzy w latach osiemdziesiątych umierali u nas z powodu zachowawczego leczenia, w Niemczech byli z powodzeniem operowani... Jako menedżer przeprowadziłem restrukturyzację kilku szpitali na wzór centralizacji podpatrzonej między innymi u Holendrów. Dzięki temu, kiedy kierowałem szpitalem „Latawiec” w Świdnicy na Dolnym Śląsku, można było zredukować zatrudnienie o blisko połowę, jednocześnie zwiększając wydajność.

Co było najtrudniejsze w tym procesie?

Większość ludzi odeszła w sposób naturalny, więc nie było wielkich dramatów przy restrukturyzacji zatrudnienia. Potrzeba dużo cierpliwości i konsekwencji, by nauczyć i zachęcić ludzi do wykonywania pracy w inny sposób niż dotychczas. Zmiana świadomości w społeczności tworzącej ochronę zdrowia i utrwalenie dobrych dla pacjenta i państwa praktyk wymaga nie tylko dobrych planów, zapewnienia odpowiedniej infrastruktury i zasobów sprzętowych czy szkoleń. Wymaga także konstruowania efektywnych ekonomicznie systemów motywacyjnych. Z ciekawością śledziłem to, co dzieje się w innych krajach, z przyjemnością zobaczę, jakie z możliwych rozwiązań stosowane są w systemie narodowej służby zdrowia Wielkiej Brytanii. ■



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

BEZPŁATNE STUDIA PODYPLOMOWE
w ramach projektu:

**„ZARZĄDZANIE W PODMIOTACH LECZNICZYCH -
EFEKTYWNE PRZEKSZTAŁCANIE ZAKŁADÓW
OPIEKI ZDROWOTNEJ
W SPÓŁKI PRAWA HANDLOWEGO”**



**STUDIA PODYPLOMOWE SKIEROWANE SĄ DO KADRY
ZARZĄDZAJĄCEJ PODMIOTU LECZNICZEGO**

(tj. dyrektora, ordynatora, personelu administracyjno-kierowniczego, personelu medycznego, pielęgniarskiego lub położniczego sprawującego stanowiska naczelnych, oddziałowych i koordynujących)

Szczegóły na stronie <http://edumedica.edu.pl>

Chcesz wiedzieć więcej?

Skontaktuj się z naszym Biurem Projektu:

Zadzwoń: tel.: +48 609 612 405 - Dr med. Maciej Murkowski - Kierownik Programowy (sprawy programowe i merytoryczne)
tel.: +48 601 944 904 - Krzysztof Wojtczak - Koordynator Projektu (sprawy związane z rekrutacją, organizacją i logistyką)
fax: +48 22 205 04 11

Napisz: studia@edumedica.edu.pl

Odwiedź nas w biurze projektu: ul. Szachowa 1, 04-894 Warszawa

Program HOPE Exchange 2013

Polska Federacja Szpitali jako pełnoprawny członek Europejskiej Federacji Szpitali po raz pierwszy w historii przeprowadziła nabór kandydatów do najbardziej prestiżowego programu wymiany szkoleniowej menedżerów ochrony zdrowia w Europie o nazwie HOPE Exchange Programme, programu z kilkunastoletnią tradycją. Jego nadrzędnym celem jest podnoszenie kwalifikacji biorących w nim udział profesjonalistów związanych z rynkiem szpitalnym poprzez umożliwienie im merytorycznego poznawania zagadnień ściśle związanych z medycyną, jak również przyjrzenia się nowym obszarom kulturowym oraz nawiązywania kontaktów niezbędnych do przyszłego działania w zjednoczonej Europie.

Tematem wiodącym tegorocznej edycji programu jest „Bezpieczeństwo pacjenta w praktyce. Zarządzanie ryzykiem w celu poprawy jakości i bezpieczeństwa hospitalizacji pacjenta w Europie”. W marcu 2013 r. zakończyła się selekcja kandydatów z całej Europy. Pretendujących do udziału w programie było blisko 180, a w wyniku weryfikacji merytorycznej najlepszych 130 będzie miało okazję odbyć staż w różnych szpitalach europejskich.

Mamy pełne przekonanie, że wiedza wyniesiona z wymiany doświadczeń uczestników Programu HOPE Exchange 2013 będzie pożyteczna dla wszystkich i przyczyni się do podnoszenia poziomu zarządzania rynkami ochrony zdrowia, zwłaszcza w naszym kraju, o czym delegowani partycypanci poinformują nas podczas VII Konferencji *Hospital Management – Wyzwania 2013*, która odbędzie się w Warszawie 20 i 21 czerwca 2013 r. Będzie to kilka dni po szczycie HOPE AGORA, który w tym roku odbywa się w Hadze (Holandia).

W tym dorocznym wydarzeniu uczestniczą tradycyjnie niemal wszyscy partycypanci, władze HOPE oraz przedstawiciele instytucji europejskich. Zeszłoroczna konferencja w Berlinie zgromadziła ponad 200 osób, a obecni na niej byli VIP-owie ze Światowej Federacji Szpitali, Europejskiej Federacji Szpitali, Komisji Europejskiej, Parlamentu Europejskiego oraz Minister Zdrowia RFN.

Szczegółowe informacje na stronie: WWW.PFSZ.ORG



Bogusław Budziński
Krajowy Koordynator HOPE Exchange (PL)
członek Rady Naczelnej PFSz
e-mail: boguslaw.budzinski@b-b.net.pl

Uczestnicy programu

Szpitale PFSz zapraszające uczestników programu do Polski:

- **SPZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie** – będzie gościł menedżera z Hiszpanii, pana **Jose Trigo**
- **Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II** – przyjmie dr **Jasminę Savic-Joksimovic**, dyrektora medycznego z Serbii
- **III Szpital Miejski im. dr. K. Jonschera w Łodzi** – przyjmie panią **Olivię Perez Corral**, Hiszpankę, specjalistę coachingu medycznego
- **Szpital Powiatowy w Radomsku** – zaoferował miejsce dla pani **Inger Bodin** ze Szwecji, dyrektora ds. zasobów ludzkich szpitala

Menedżerowie z polecenia PFSz zakwalifikowani do odbycia stażu w UE:

- **Piotr Bartnik** – członek Rady Społecznej Warszawskiego Szpitala dla Dzieci uda się do szpitala w Denia k. Alicante w Hiszpanii
- **Jacek Domejko** – członek zarządu PFSz, wiceprezes Instytutu Opieki Medycznej we Wrocławiu będzie praktykował w Wielkiej Brytanii, w Królewskim Szpitalu Klinicznym w Liverpoolu
- **Krzysztof Lehnort** – prezes spółki medycznej Elvita z Jaworzna, zdobędzie wiedzę w grupie szpitalnej regionu Gävleborg w Szwecji
- **Agnieszka Wenerska** – dyrektor ds. zasobów ludzkich w III Szpitalu Miejskim im. dr. K. Jonschera w Łodzi – wyjeżdża do miasta Merida w Hiszpanii



- **OBSŁUGA KSIĘGOWA I SPRAWOZDAWCZOŚĆ**
- **KONSOLIDACJA SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH**
- **OBSŁUGA KADROWO-PŁACOWA**
- **USŁUGI FINANSOWE I CONTROLLINGOWE**
- **USŁUGI PRAWNE**



Twój partner w biznesie

Disintermediation i Profesjonalizm

www.bssCE.com



STANOWISKO POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI Z 14 LISTOPADA 2012 R. W SPRAWIE PROJEKTU PODWYŻSZENIA NORM ZATRUDNIENIA PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH – POPARCIE DLA STANOWISKA ZWIĄZKU POWIATÓW POLSKICH

Polska Federacja Szpitali stoi na stanowisku, że wprowadzenie podwyższonych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych bez idącego za tym proporcjonalnego wzrostu finansowania usług świadczonych przez szpitale spowoduje istotne pogorszenie, a w konsekwencji nawet katastrofę ekonomiczną szpitali. Polska Federacja Szpitali rekomenduje szersze wykorzystanie personelu pomocniczego oraz postuluje o wzmocnione prace legislacyjne.

STANOWISKO POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI Z 31 PAŹDZIERNIKA 2012 R. W SPRAWIE NIEDOSTATECZNEGO FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU REHABILITACJI – PISMO DO PREZES NFZ

Polska Federacja Szpitali zwróciła się z apelem do prezesa NFZ o podniesienie wyceny świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej i pulmonologicznej (szczególnie dziecięcej) w warunkach stacjonarnych. Organizacja wnioskuje o przeznaczenie dostępnych funduszy zamiast na wzrost liczby świadczeń na wzrost jednostkowej ceny punktu.

STANOWISKO POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI Z 21 STYCZNIA 2013 R. W SPRAWIE AKTUALNEJ WERSJI PROJEKTU ZARZĄDZENIA PREZESA NFZ DOTYCZĄCEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Polska Federacja Szpitali uważa, że w projekcie przyjęto niewłaściwe kryteria oceny ofert, a przyznawanie 16 punktów za procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej jest kryterium zawyżonym i nieopartym danymi, które świadczyłyby o wyższej jakości czy też kosztowej efektywności takiego modelu kadrowego w obszarze zespołów wyjazdowych ratownictwa medycznego. Polska Federacja Szpitali za zupełnie niezrozumiały uznała projekt przyznawania punktów oceny za obecność lekarzy specjalistów z zakresu medycyny ratunkowej w wodnych specjalistycznych zespołach wyjazdowych. Według członków PFSz najodpowiedniejszym miejscem pracy dla tych specjalistów są szpitalne oddziały ratunkowe i centra urazowe, a nie zespoły wyjazdowe. Polska Federacja Szpitali postuluje o obsadzenie wszystkich zespołów wyjazdowych personelem nielekaarskim, uważając, że to opcja bezpieczna i efektywna kosztowo.

Grupa zakupowa szpitali pod egidą PFSz



Rozmowa z **Wojciechem Kaszyńskim**,
wiceprezesem PFSz, prezesem
Synergy Platform, pionierem
zakupów grupowych szpitali
w Polsce

Czy obniżenie kosztów to główny cel powstania grupy zakupowej szpitali?

To jest rzeczywiście główny cel, ale nie jedyny. Dodatkowym atutem jest możliwość wykorzystania informacji *benchmarkingowych* z innych szpitali należących do grupy. To daje wiedzę na temat leków i asortymentu, który kupuje się dla swojej placówki. Myślę tutaj o lekach i asortymencie jednorazowym. Nie zawsze zarządzający zakupami mają wiedzę, że można skorzystać z innych produktów, równie dobrych lub lepszych, a często i tańszych. Poza tym dzięki wspólnym zakupom część szpitali może podnieść jakość świadczonych usług.

Czyli mówiąc wprost – dzięki grupie można uczyć się na cudzych błędach?

Zdecydowanie tak, a może raczej, odwracając pytanie, możemy skorygować własne błędy, opierając się na dobrych wzorcach zaczerpniętych z innych szpitali.

Na jakim etapie są te prace?

Mamy kilkadziesiąt pisemnych deklaracji, podpisane umowy z kilkoma, trwają końcowe prace na kolejnymi kilkunastoma placówkami. Od początku planowaliśmy wystartować z maksymalnie dziesięcioma szpitalami. Już wówczas jesteśmy w stanie osiągnąć efekt znacznego obniżenia kosztów. Jest to pierwszy projekt o tak szerokim zakresie i dotyczy asortymentu materiałów jednorazowego użyt-

ku, co jest dość skomplikowane, dlatego nie wszystkie szpitale są gotowe, żeby w to „wejść”.

Jak pan, jako koordynator tego projektu, przekonuje dyrektorów szpitali, że warto do tej grupy przystąpić, bo to się zwyczajnie opłaca?

Ważne jest jedno pytanie: Czy warto mieć pieniądze czy ich nie mieć? Mówię zatem o oszczędnościach. Nikt nie odpowie, że ich nie chce. My mamy tak skonstruowaną umowę, że nie pobieramy żadnej prowizji i szpitale, przystępując do grupy zakupowej, nie ponoszą dodatkowych kosztów. Zatem od strony zarówno finansowej, jak i technicznej nie ma żadnych obaw. To są pierwsze projekty i szpitale nie wiedzą, czy sprostają naszym wymaganiom i czy grupa rozwiąże ich problemy. Obserwuję nieufność wynikającą z faktu, że to novum w polskim szpitalnictwie. Podejrzewam, że opór ma raczej podłoże mentalne. Każdy przed przystąpieniem do grupy oczekuje już udokumentowanych efektów, ale przecież żeby one były, to ktoś musi być pierwszy.

W Polsce to nowość, ale przecież w innych krajach takie grupy funkcjonują od dawna...

To działa już w całej Europie Zachodniej, nie mówiąc o Stanach Zjednoczonych, gdzie nawet najmniejsza jednostka, pojedynczy lekarz nie kupuje niczego sam, tylko jest zrzeszony w grupie i ma gwarancję zakupów na preferencyjnych warunkach. Polska, kraje Europy Środkowej i Wschodniej zaczynają dopiero realizować te projekty, ale to nie żadna nowość, tylko przeniesienie gotowych i sprawdzonych wzorców na polski rynek.

Kiedy grupa zakupowa przedstawi raport podsumowujący pierwsze sukcesy?

Sukces już jest, bowiem to właśnie my zaszczepiliśmy ideę zakupów grupowych szpitali na gruncie krajowym. Dalsze wyniki przedstawimy jesienią, z końcem czerwca ogłaszamy pierwsze przetargi. Będą one miały formę aukcji i to jest nowość na rynku medycznym. Szpitale nie są przygotowane do samodzielnego przeprowadzania aukcji, ale my jesteśmy i wiemy dobrze, jak uzyskać najkorzystniejszą cenę. Mam nadzieję, że efekty, które będą widoczne jesienią, skłonią do przystąpienia do naszej grupy kolejne placówki. W niedalekiej przyszłości skorzystamy też z możliwości dużych międzynarodowych grup zakupowych. Do PFSz zgłosili się już ich przedstawiciele. ■

Kontakt: tel. 667 679 977,
e-mail: w.kaszyński@synergyplatform.pl

Możliwości dla szpitali α działania PFSz

Polska Federacja Szpitali pracuje nad poprawą sytuacji zrzeszonych placówek w zakresie ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej oraz zdarzeń medycznych. Dzięki działaniom grupowym i międzynarodowym polskie szpitale są coraz bliżej skorzystania z nowych ofert ubezpieczenia od zdarzeń medycznych oraz odpowiedzialności cywilnej. Po pierwsze, PFSz postulowała o przesunięcie daty obligatoryjności polis od zdarzeń medycznych, co się w pełni udało. Po dogłębnej analizie sytuacji PFSz zwróciła się do Londynu – centrali światowych ubezpieczeń. Przedsięwzięcie pod patronatem PFSz jest realizowane we współpracy z kilkoma krajowymi grupami brokerskimi, wspólnie obsługującymi kilkaset szpitali. O te plany redakcja magazynu „Szpital” zapytała **Jarosława J. Fedorowskiego**, prezesa Polskiej Federacji Szpitali, oraz **Annę Kowalczyk-Pogorzelską**, radcę prawnego w Kancelarii Adwokatów i Radców Prawnych Miller Canfield, W. Babicki, A. Chełchowski i Wspólnicy.



JAROSŁAW J. FEDOROWSKI

W Polsce w zakresie współpracy szpitali z towarzystwami ubezpieczeniowymi jest wiele do zrobienia, ponieważ jest tylko jeden ubezpieczyciel, który oferuje ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i od zdarzeń niepożądanych. Brokerzy, którzy ogłaszają przetargi, otrzymują tylko jedną ofertę, pole do negocjacji jest zatem niezwykle ograniczone. Polscy brokerzy od paru lat starają się wyjść do innych ubezpieczycieli krajowych i międzynarodowych, ale okazuje się, że zainteresowanie tym rynkiem jest nikłe. Stąd projekt, który jest w trakcie realizacji. Polska Federacja Szpitali we współpracy z krajowymi brokerami aktywnie zachęca towarzystwa ubezpieczeniowe z centrum światowych ubezpieczeń, czyli z Londynu, do przygotowania konkurencyjnych ofert dla polskich szpitali. Nawiązaliśmy współpracę z trusem RK Harrison Insurance Services i wspólnie z naszą kancelarią prawną Miller Canfield przedstawiliśmy rynek polskich ubezpieczeń szpitali w Londynie. O dalszych postępach będziemy mówić podczas Konferencji *Hospital Management*. Głównymi tematami konferencji będą zatem zagadnienia ryzyka prowadzenia działalności leczniczej. Te kwestie są niezwykle aktualne dla zarządzających szpitalami, a także dla podmiotów właścicielskich, dla pracowników medycznych i dla pacjentów.



ANNA KOWALCZYK-POGORZELSKA

Nowy model ubezpieczeniowy proponuje nowoczesny system zarządzania ryzykiem oraz niższe składki polis ubezpieczenia szpitali, szczególnie tych od zdarzeń medycznych. Jego założycielami – przy współpracy z naszą warszawską kancelarią Miller Canfield – są: PFSz, konsorcjum brokersko-ubezpieczeniowe RK Harrison Insurance Services z Londynu, amerykańska korporacja ubezpieczeniowa Consensus z Nashville oraz grupy polskich brokerów. Nieodłączną częścią proponowanego projektu musi być system oceny i zarządzania ryzykiem. W tym zakresie w sektorze ochrony zdrowia merytoryczne wsparcie zapewni Korporacja Zarządzania Ryzykiem Sieci Medycznej Uniwersytetu Stanforda z Kalifornii, która zajmuje się z powodzeniem zarządzaniem ryzykiem w szpitalach sieci Uniwersytetu Stanforda oraz w szpitalach brytyjskich. Model współpracy zakłada zapewnienie szpitalom atrakcyjnego ubezpieczenia, co byłoby możliwe dzięki dostępowi do szerokiego rynku ubezpieczeniowego. Do projektu akces zgłosiły cztery polskie grupy brokerskie reprezentujące kilkaset szpitali. Wdrożenie tego systemu wysokiej klasy zarządzania ryzykiem pozwoli w dłuższym horyzoncie czasowym nie tylko uzyskać korzystniejsze warunki ubezpieczenia, ale również istotnie zmniejszyć skalę szkód i podwyższyć jakość opieki medycznej świadczonej przez szpitale. Obecnie w Polsce wysokość ubezpieczenia ma niewiele wspólnego z ryzykiem wystąpienia szkody. Stawki ubezpieczeń zaproponowano bez różnicowania szpitali na te o mniejszej i te o większej szkodowości. Nie ma także wystarczającego zainteresowania systemem zarządzania ryzykiem, dlatego uważam, że polskie szpitale z pewnością skorzystałyby z konkurencyjnej oferty. Świadczą o tym choćby inicjatywy podejmowane spontanicznie przez różne grupy szpitali i samorządy w celu zmniejszenia i racjonalizacji kosztów ubezpieczeń medycznych. Przybierają one z reguły formę projektów towarzystw ubezpieczeń wzajemnych i są odpowiedzią na wprowadzenie obowiązku posiadania przez szpitale dodatkowych ubezpieczeń od zdarzeń medycznych. O powołaniu TUV w odpowiednim terminie myśli również PFSz. Polska Federacja Szpitali rozmawia o tym także z przedstawicielami sektorowych organizacji szpitali, np. szpitali prywatnych. ■

STANOWISKO POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI Z 30 PAŹDZIERNIKA 2012 R. W SPRAWIE DECYZJI MINISTERSTWA ZDROWIA O ZAPRZESTANIU FINANSOWANIA KOSZTÓW ODPISU NA ZAKŁADOWY FUNDUSZ ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH DLA REZYDENTÓW

Polska Federacja Szpitali w liście skierowanym do Ministra Zdrowia zaapelowała o dalsze finansowanie w pełnym zakresie kosztów związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym lekarzy rezydentów przez Ministerstwo Zdrowia. Organizacja uważa działanie Ministerstwa za niezgodne z prawem, gdyż rezydentura jest finansowana z budżetu państwa, a nie z budżetu jednostki prowadzącej specjalizację. Taki zapis widnieje w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r.

STANOWISKO POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI Z 7 MARCA 2013 R. W SPRAWIE PROJEKTOWANYCH ZMIAN W SYSTEMIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ ORAZ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Polska Federacja Szpitali podniosła fakt, że obecny sposób finansowania świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej jest niewłaściwy, jego poziom niewystarczający, a oddziały ratunkowe są deficytowe. Organizacja zaproponowała model mieszany finansowania: ryczałt za gotowość oraz ambulatoryjne JGP w stosunku do pacjentów, którzy nie będą wymagali przyjęcia do szpitala, natomiast pacjenci przyjęci mogą być rozliczani w systemie szpitalnych JGP. Ponadto według PFSz NFZ powinien kontraktować wszystkie elementy wchodzące w skład centrów medycyny ratunkowej i medycyny doraźnej.

STANOWISKO POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI Z 2 STYCZNIA 2013 R. DOTYCZĄCE PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE NIEZBĘDNYCH INFORMACJI GROMADZONYCH PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW POSIADAJĄCYCH UMOWĘ Z NFZ O UDZIELANIE CAŁODOBOWYCH LUB CAŁODZIENNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZWIĄZANYCH Z NABYWANIEM LEKÓW, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH

Polska Federacja Szpitali w związku z projektem rozporządzenia, w liście skierowanym do Ministra Zdrowia zaapelowała o zastąpienie wymogu używania kilku identyfikatorów wymienionych w dokumencie – jednym, np. NIP.

Lista wszystkich stanowisk wraz z załączonymi pismami Polskiej Federacji Szpitali jest dostępna na stronie PFSz.

Wybrane konsultacje społeczne na poziomie UE

Jarosław J. Fedorowski, gubernator i członek Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali HOPE

DYREKTYWA W SPRAWIE ZUŻYTEGO SPRZĘTU ELEKTRYCZNEGO I ELEKTRONICZNEGO

HOPE skutecznie wpływała na kształt dyrektywy, przekonując KE i PE, że niektóre proponowane zmiany uniemożliwią rekondukcjonowanie sprzętu medycznego. Przy pierwotnym brzmieniu dyrektywy istniało bowiem zagrożenie, że jakiegokolwiek rekondukcjonowanie sprzętu medycznego poza okresem gwarancyjnym byłoby niemożliwe. Poza tym darowizny sprzętu medycznego zostałyby znacznie ograniczone. Zdaniem HOPE propozycje KE radykalnie ograniczyłyby resterylizację i wielokrotne użycie wyrobów medycznych, które z punktu widzenia epidemiologicznego i technicznego można bezpiecznie kilka razy wykorzystywać. HOPE proponuje, aby sprzęt medyczny, który może być bezpiecznie resterylizowany, nie był określany przez producentów jako sprzęt jednorazowego użytku. HOPE stoi na stanowisku, że producent powinien w opisie produktu dokładnie informować o ewentualnych przyczynach niezalecania jego powtórnego użycia po resterylizacji. Poprawiona Dyrektywa WEEE (2012/19/EU) została ostatecznie uchwalona 4 lipca 2012 r., z okresem transpozycji do 14 lutego 2014 r.

DYREKTYWA DOTYCZĄCA POLA ELEKTROMAGNETYCZNEGO

W połowie 2011 r. KE zaproponowała poprawienie Dyrektywy uchwalonej w 2004 r.

(2004/40/WE) w sprawie minimalnych wymagań w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa dotyczących narażenia pracowników na ryzyko spowodowane polami elektromagnetycznymi. Celem miała być ochrona pracowników przed narażeniem na działanie pola elektromagnetycznego. W tym kształcie istniało zagrożenie nadmiernego ograniczenia stosowania rezonansu magnetycznego do celów medycznych. HOPE, działając w ramach tzw. grupy wsparcia rezonansu magnetycznego, walczyła o urealnienie zapisów dyrektywy oraz do przedłużenia okresu transpozycji.

REGULACJE DOTYCZĄCE MONITOROWANIA PRODUKTÓW LECZNICZYCH

Komisja Europejska zatwierdziła rozporządzenie numer 520/2012 19 czerwca 2012 r., a 11 września 2012 r. PE przyjął zmiany systemu monitorowania produktów leczniczych (MP) zaostrzające politykę zgłaszania i oceny potencjalnych problemów dotyczących MP na terenie całej UE. Nowe propozycje wprowadzają procedury automatycznego ostrzegania innych państw wspólnoty przez państwa, na terenie których wycofano dany MP. Podobne zapisy dotyczą także firm, które wycofują lub nie odnawiają rejestracji danego MP na rynku jednego z krajów UE. HOPE aktywnie uczestniczyła w konsultacjach społecznych na poziomie PE, zajmując stanowisko wspierania poprawy bezpieczeństwa produktów leczniczych.

DYREKTYWA W SPRAWIE UZNAWANIA KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

Modernizacja dyrektywy 2005/36/WE z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych była w roku 2012 gorąco dyskutowana. Celem KE było umożliwienie swobodnego przepływu kadry medycznej. Wiele tematów pozostaje jednak dyskusyjnych, a w dyskusji uczestniczy HOPE jako reprezentatywna organizacja pracodawców szpitali, partner dialogu społecznego na poziomie UE.

DYREKTYWA W SPRAWIE CZASU PRACY

Negocjacje dotyczące uaktualnienia dyrektywy w sprawie czasu pracy – WTD (2003/88/EC), nie zostały zakończone w planowanym terminie (wrzesień 2012 r.) na wniosek partnerów społecznych. HOPE uważa za konieczne zmiany dyrektywy w kierunku większej elastyczności oraz wyjaśnienia kwestii odpoczynku po dyżurach. W tej sprawie HOPE aktywnie uczestniczy w dalszych pracach nad zmianami w dyrektywie celem ochrony interesów szpitali.

UREGULOWANIA W SPRAWIE SPRZĘTU MEDYCZNEGO – KONSULTACJE

Prace nad zmianami legislacyjnymi dotyczącymi sprzętu medycznego były jednym z ważniejszych w obszarze ochrony zdrowia w roku 2012. Dyrektywa 2007/47/EC z 5 września 2007 r. ma być poprawiona. HOPE regularnie uczestniczy w konsultacjach społecznych na poziomie KE i PE, w tym w grupie eksperckiej. ■

Współpraca ze Stowarzyszeniem STOMOZ

Kierując się zbieżnością wielu
interesów i komplementarnością
organizacji, PFSz oraz
Stowarzyszenie Menedżerów
Opieki Zdrowotnej STOMOZ
podpisały w lutym 2013 r.
listy intencyjne w sprawie
współdziałania.

Prezes Zarządu Głównego STOMOZ Małgorzata A. Majer, będąca jednocześnie członkiem Rady Naczelnej PFSz, oraz prezes i gubernator PFSz Jarosław J. Fedorowski zwracają uwagę na fakt, że czeka nas kolejny rok planowanych i zapowiadanych przez MZ i NFZ zmian w sektorze opieki zdrowotnej. Dzięki współpracy największej i najstarszej ogólnopolskiej organizacji menedżerów opieki zdrowotnej oraz największej ogólnopolskiej organizacji pracodawców sektora szpitalnego powstaje skuteczna i silna reprezentacja tych środowisk, której głos musi być wysłuchany, na równi z głosem środowisk lekarskich, pielęgniarskich i innych interesariuszy systemu.



MAŁGORZATA A. MAJER

Ideą podpisania listu o współdziałaniu jest integracja środowisk działających na tym samym polu, jednak za pomocą innych instrumentów. Podczas gdy PFSz skupia środowiska pracodawców, STOMOZ zrzesza menedżerów. Efekt jest taki, że gdy dyrektor szpitala przestaje pełnić swoją funkcję i nie reprezentuje już podmiotu leczniczego, pozostaje

Nagrody dla dyrektorów szpitali PFSz

Polska Federacja Szpitali to młoda organizacja, bo formalnie istnieje od 10 listopada 2011 r., ale już jest największą i najbardziej reprezentatywną organizacją pracodawców sektora szpitalnego w Polsce. W skład PFSz weszło już ponad 60 szpitali, które dysponują ponad 20 tys. łóżek oraz kontraktami z NFZ na sumę ok. 3,5 mld zł. PFSz pozyskała także kilkunastu członków wspierających reprezentujących sektor usług dla szpitali. Od samego początku przyświeca jej motto „ponad podziałami”. Jednocześnie PFSz wprowadziła Polskę do najważniejszej organizacji szpitali w UE – Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, reprezentującej ok. 80 proc. łóżek szpitalnych w całej UE. Pamiętajmy, że do roku 2011 Polska jako jedyny kraj UE do HOPE nie należała! Dzięki swojej działalności PFSz szybko zyskała uznanie nie tylko własnego środowiska.

Menedżerowie szpitali zrzeszonych w PFSz działają z rozmachem i nie boją się stawiania trudnych pytań przedstawicielom resortu zdrowia i NFZ. Są też inicjatorami wzmocnienia i promowania pozycji kadry zarządzającej szpitalami oraz stanowią przykład wdrażania nowatorskich rozwiązań w tej dziedzinie. Okres ostatnich kilku miesięcy naznaczony jest prestiżowymi nagrodami i wyróżnieniami dla ludzi związanych z PFSz. W tegorocznej edycji konkursu *Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny*, wydarzenia organizowanego od 13 lat przez *Termedię* – wydawcę „Menedżera Zdrowia”, podczas uroczystej gali na Zamku Królewskim w Warszawie 16 stycznia 2013 r. wyróżnienia otrzymali: Irena Petryna, wiceprzewodnicząca Rady Naczelnej PFSz i dyrektor SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Olsztynie; Danuta Ciecierska, członek Rady Naczelnej PFSz i prezes Zarządu Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego w Żyrardowie, a także Małgorzata Majer, członek Rady Naczelnej PFSz i dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Biegańskiego w Łodzi.

Z kolei wśród laureatów nagród konkursu „Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia” przyznawanych 18 kwietnia 2013 r. znalazło się troje dyrektorów szpitali zrzeszonych w PFSz: Krystyna Barcik, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy oraz członek Rady Naczelnej PFSz; Zbigniew Kończak, dyrektor Szpitala Powiatowego w Nowym Dworze Mazowieckim; oraz Krzysztof Bederski, dyrektor do spraw medycznych Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II i jednocześnie przewodniczący Rady Naczelnej PFSz.

Krzysztof Bederski, zapytany, gdzie tkwi tajemnica sukcesu, odpowiada, że nie ma na to jednej recepty. – *Podstawą jest zaangażowanie każdego dnia w to, co się robi. Obserwowanie, co się dzieje w szpitalu i natychmiastowe reagowanie. Nieodzownym elementem są też ludzie, z którymi się współpracuje. Mam na myśli zespół, na którym można polegać i mu ufać* – mówi. Nie kryje, że z naleceniem się w gronie laureatów nagrody „Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia” zobowiązuje. – *To oczywiście duża radość i satysfakcja, ale też doping do jeszcze lepszej, bardziej efektywnej pracy, by realizować wytyczone cele* – dopowiada dyr. Bederski. Zapytany, czy prócz pracy, która jest dla niego pasją, ma jeszcze inne fascynacje, mówi, że od najmłodszych lat są to góry i turystyka górską. Przyznaje, że obecnie nie ma zbyt wiele czasu na realizację tych pasji. Można się z tym nie zgodzić, bowiem szczyty można zdobywać wszędzie, czego dowodem jest jego dyrektorska działalność i sukcesy organizacji, której rady naczelnej jest przewodniczącym. ■

członkiem STOMOZ-u i na tym forum może dzielić się swoim doświadczeniem. W ten sposób tworzymy eksperckie gremium, które jest w stanie służyć radą wszystkim, którzy nie znajdują drogi wyjścia z kryzysu, w jakim znalazła się ich placówka. Wielorakość doświadczeń członków STOMOZ-u pozwala mówić o obowiązkach zarządów, ale i zagrożeniach, z jakimi w trakcie pełnienia funkcji mogą się spotkać. W ten sposób tworzymy pełne spektrum wiedzy dla aktywnej kadry zarządzającej.

Tłumaczymy też zawilości menagementu szpitalnego na spotkaniach, szkoleniach i poprzez publikacje zamieszczane na łamach fachowej prasy. Nasze doświadczenia mogą być skarbnicą wiedzy o zarządzaniu placówkami ochrony zdrowia. STOMOZ liczy ok. 500 członków, nasi członkowie zarządzali lub zarządzają niemal większością szpitali w Polsce. Co ważne – w ostatnim czasie garnie się do nas coraz więcej młodych ludzi, którzy chcą korzystać z doświadczeń uznanych menedżerów. Chcemy też spełniać rolę organizacji lobbystycznej mającej wpływ na zmiany w systemie ochrony zdrowia. Zarówno MZ, jak i NFZ zapowiadają kolejne zmiany w sektorze opieki zdrowotnej. Bez skutecznej i silnej reprezentacji zostaniemy sprowadzeni do roli wykonawców ponoszących odpowiedzialność za wady systemu i niepowodzenia kolejnych „reform”. Wraz z PFSz podjęliśmy inicjatywę prowadzenia wspólnej kampanii informacyjno-edukacyjnej „Pozytywnie o ochronie zdrowia”. Celem kampanii ma być zmiana niekorzystnego wizerunku polskiego systemu opieki zdrowotnej oraz placówek leczniczych. ■

KOMUNIKAT POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI DOTYCZĄCY PROJEKTOWANYCH ZMIAN W SYSTEMIE PUBLICZNEJ OCHRONY ZDROWIA: „RAZEM Z PACJENTAMI I MEDYKAMI”

Rządowy projekt reformy systemu finansowania ochrony zdrowia, a szczególnie zmian w NFZ, był tematem spotkania przedstawicieli PFSz, organizacji pacjentów zrzeszonych w Porozumieniu 1 Czerwca oraz Zarządu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Rozmowy odbyły się 4 kwietnia 2013 r. Podczas spotkania ustalono, że zarówno środowiska pacjentów, lekarzy, jak i zarządzających szpitalami zgłaszają podobne postulaty dotyczące zmian proponowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Zauważono, że należy zwrócić uwagę na następujące zagadnienia:

- zasada „pieniądz idzie za pacjentem”;
- odprowadzanie proporcjonalnych składek zdrowotnych przez wszystkich obywateli osiągających dochody powyżej ustalonego progu ubóstwa;
- zachowanie równowagi między nakładami a zakresem świadczeń gwarantowanych;
- rezygnacja z administracyjnego limitowania świadczeń i konkursu ofert;
- wprowadzenie współpłacenia w przypadku świadczeń stosunkowo prostych, tanich, często stosowanych i takich, które mogą być nadużywane, jak porady lekarskie czy niektóre badania dodatkowe;
- modyfikacja koncepcji podziału NFZ, aby umożliwić powstanie kilku konkurujących ze sobą funduszy regionalnych;
- konkurencja regionalnych funduszy zdrowia o ubezpieczonych i o jak najlepszych świadczeniodawców;
- konkurencja między świadczeniodawcami o pacjentów i o pieniądze przeznaczone na ich leczenie;
- równoprawność podmiotów leczniczych bez względu na ich model własnościowy;
- premiowanie kompleksowości usług leczniczych;
- znaczne uproszczenie zasad wypisywania recept na leki refundowane, tak aby lekarze nie tracili czasu na działania typowo biurokratyczne, a pacjenci nie byli z powodów pozamedycznych odsyłani z aptek.

Polska Federacja Szpitali jako jedyna ogólnopolska organizacja szpitali „ponad podziałami” apeluje do dyrektorów szpitali zrzeszonych w lokalnych i sektorowych stowarzyszeniach szpitali o współdziałanie, gdyż projekt zmian w systemie finansowania proponowany przez Ministerstwo Zdrowia dotyczy wszystkich szpitali w kraju, niezależnie od ich modelu własnościowego czy organizacyjnego. Tylko wspólny głos całego sektora szpitalnego umożliwi skuteczną reprezentację naszego środowiska, obok głosu pacjentów i personelu medycznego.

INTENSYWNA TERAPIA INTERDYSCYPLINARNA

W Krakowie 26 kwietnia 2013 r. odbyło się zebranie założycielskie Polskiego Towarzystwa Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej (PTITI). Uczestniczyli w nim przedstawiciele specjalizacji i towarzystw lekarskich, których działania doprowadziły do umożliwienia uzyskiwania specjalizacji z intensywnej terapii lekarzom niebędącym anestezjologami. Jest to także sukces PFSz, która zaangażowała się w dyskusję społeczną oraz przedstawiła zdecydowane stanowisko Ministrowi Zdrowia. Demonopolizacja tej ważnej specjalności umożliwi dyrektorom szpitali bardziej efektywne gospodarowanie zasobami szpitala. Na prezesa PTITI został wybrany prof. Rafał Niżankowski z Krakowa, a przewodniczącym Komisji Rewizyjnej i członkiem Kolegium Intensywnistów został prof. nadzw. Jarosław J. Fedorowski, gubernator PFSz/HOPE.

EFFECTIVE HOSPITAL MANAGEMENT

Wydatki na leki i świadczenia medyczne zajmują ważne miejsce w strukturze finansów publicznych, ale według raportu przygotowanego przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich w Polsce wydatki te są najniższe w Europie. Jest to jedna z przyczyn wzrastającego zadłużenia publicznego sektora opieki zdrowotnej. Ostatnio nastąpiły zmiany w otoczeniu prawnym, polegające na wejściu w życie nowych przepisów oraz w konsekwencji zmianie zasad finansowania świadczeń obejmujących stosowanie specjalistycznych i kosztownych terapii w ramach programów lekowych. Rodzi to liczne wątpliwości ze strony osób zarządzających zakładami opieki zdrowotnej. Kluczowa staje się umiejętność posługiwania się przepisami prawa oraz wytycznymi NFZ, które dotyczą realizacji świadczeń oraz ich poprawnego sprawozdawania i rozliczania. W związku z tym Roche Polska przeprowadziła w jednym z dużych województw badanie ankietowe wśród dyrektorów szpitali dotyczące potrzeb informacyjno-edukacyjnych z zakresu gospodarki lekami, zasad kontraktowania oraz sprawozdawania świadczonych usług medycznych płatnikowi. Wyniki wskazują na dużą potrzebę działań zmierzających do upowszechnienia wiedzy na temat tych przepisów. PFSz przy współpracy z firmą Roche Polska Sp. z o.o., biorąc pod uwagę potrzeby w zakresie wsparcia edukacyjnego dyrektorów szpitali, przygotowała program Effective Hospital Management skierowany do publicznego sektora opieki zdrowotnej. Jest on realizowany od drugiej połowy 2012 r. i ma na celu zwiększenie dostępności innowacyjnego leczenia, szybsze wykrywanie chorób oraz szybsze włączanie pacjentów do leczenia.

Konferencje PFSz

HOSPITAL MANAGEMENT – WYZWANIA 2013

TERMIN: 20–21 czerwca 2013 r.

MIEJSCE: Warszawa

DYREKTOR PROGRAMOWY:

prof. nadzw. Jarosław J. Fedorowski

ORGANIZATOR: Termedia

WSPÓŁORGANIZATOR: Polska Federacja Szpitali



Hospital Management to najbardziej prestiżowa konferencja dla kadry zarządzającej sektora szpitalnego, która w tym roku odbywa się już po raz siódmy i połączona jest z Kongresem Polskiej Federacji Szpitali pod patronatem HOPE. Ryzyko prowadzenia działalności leczniczej – to hasło tegorocznej edycji tego wydarzenia. Konferencja stanowi skuteczne forum wymiany doświadczeń na temat nowoczesnego zarządzania jakością oraz ryzykiem w szpitalach.

ZAMOJSKA KONFERENCJA PROGRAMOWA SZPITALI

TERMIN: 23 maja 2013 r.

MIEJSCE: Zamość

ORGANIZATOR: Polska Federacja Szpitali, Zamojski Szpital Niepubliczny

KOORDYNATOR: Mariusz Paszko, prezes ZSN

Konferencja programowa poświęcona jest najważniejszemu aspektom funkcjonowania i zarządzania podmiotami leczniczymi. W wydarzeniu biorą udział dyrektorzy szpitali i samorządowcy. Wśród tematów są m.in. przekształcenia, organizacja, zarządzanie oraz finansowanie świadczeń zdrowotnych. W trakcie konferencji obraduje Rada Naczelna i Zarząd PFSz.

Wszystkie konferencje pod patronatem PFSz znajdują się na stronie WWW.FEDERACJASZPITALI.PL

Polska Federacja Szpitali – organizacja „ponad podziałami”!

MISJA: reprezentowanie interesów szpitali na krajowym oraz międzynarodowym rynku ochrony zdrowia, niezależnie od ich modelu własnościowego, organizacyjnego czy wielkości.

NASZ CEL: wspieranie szpitali oraz ich menedżerów w działaniach na rzecz ochrony zdrowia pacjentów oraz zapewnienia jak najlepszych warunków pracy personelowi.

ZARZĄD PFSz: Jarosław J. Fedorowski, prezes PFSz i Gubernator HOPE, Warszawa; Janusz Boniecki, wiceprezes PFSz, Tczew; Wojciech Kaszyński, wiceprezes PFSz, Siedlce; Jacek Domejko, członek Zarządu PFSz, Świdnica; Bożena Woźniak, członek Zarządu PFSz, Łódź

PREZYDIUM RADY NACZELNEJ PFSz: Krzysztof Bederski, przewodniczący, Kraków; Irena Petryna, wiceprzewodnicząca, Olsztyn; Zbyszek Przybylski, wiceprzewodniczący, Września

CZŁONKOWIE WSPIERAJĄCY: Gras Savoy Polska Sp. z o.o., Warszawa; Miller, Canfield, Babicki, Chelchowski i wsp. Sp. k., Warszawa; Termedia Sp. z o.o., Poznań; NES Healthcare Sp. z o.o. Oddział w Polsce, Warszawa; SK Projekt Sp. z o.o., Warszawa; Upper Finance Med Consulting Sp. z o.o., Warszawa; Instytut Naukowy Med-Koncept Sp. z o.o., Puławy; SGA Sp. z o.o., Warszawa; Price Waterhouse Coopers Polska Sp. z o.o., Warszawa; Promedica24 Sp. z o.o., Warszawa; Alteris SA, Katowice; Compu Group Medical Polska Sp. z o.o., Lublin; PŚZ i PZ Elvita Jaworzno III Sp. z o.o., Jaworzno; Instytut Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o., Wrocław; GrECo Ecclesia Hospital Sp. z o.o., Warszawa

Zapraszamy wszystkie szpitale do naszej organizacji!

CZŁONKIEM ZWYCZAJNYM może być pracodawca jako osoba prawna, który świadczy usługi z zakresu leczenia i opieki medycznej stacjonarnej. Aby wstąpić do PFSz, należy wypełnić deklarację (do pobrania ze strony PFSz), dokonać wpłaty składki oraz wpisowego, a następnie przesłać skan deklaracji wraz z dowodem wpłaty na nasz adres e-mailowy: biuro@federacjaszpitali.pl. Składka opłacona w roku 2013 wynosi 1500 PLN od szpitala i obejmuje kolejne 12 miesięcy członkostwa.



**POLSKA
FEDERACJA
SZPITALI**

ul. Nowogrodzka 11, 5 p., 00-513 Warszawa
tel.: +48 22 447 43 00
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, Chelchowski i wsp., Warszawa.

