

ŚWIADCZENIA SZPITALNE W POWIĄZANIU Z PROCESAMI ZAOPATRZENIA MEDYCZNEGO I NIEMEDYCZNEGO

Tomasz Adam Karkowski



ABC

a Wolters Kluwer business

ŚWIADCZENIA SZPITALNE W POWIĄZANIU Z PROCESAMI ZAOPATRZENIA MEDYCZNEGO I NIEMEDYCZNEGO

Tomasz Adam Karkowski

Zamów książkę w księgarni internetowej

profinfo.pl
księgarnia internetowa



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2015

Stan prawny na 30 kwietnia 2015 r.

Recenzent

Prof. dr hab. Jadwiga Suchecka

Wydawca

Izabella Matecka

Redaktorzy prowadzący

Ewa Wysocka

Joanna Cybulska

Opracowanie redakcyjne

JustLuk

Łamanie

Wolters Kluwer

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych

Maciej Sadowski

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawoLubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by

Wolters Kluwer SA, 2015

ISBN: 978-83-264-8219-9

ISBN PDF-a: 978-83-264-9218-1

Wydane przez:

Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 19

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Pamięci mojego Ojca

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	11
Wprowadzenie	17
Rozdział I	
Szpital jako przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego	27
1. Definicja szpitala	27
2. Podmioty lecznicze będące i niebędące przedsiębiorcami	31
3. Szpitale kliniczne	35
4. Spółki kapitałowe jako forma prowadzenia działalności leczniczej	37
4.1. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	38
4.2. Spółka akcyjna	40
Rozdział II	
Zasoby ludzkie w szpitalu	43
1. Organy zarządzające: kierownictwo/zarząd, rada społeczna, rada nadzorcza	43
2. Pracownicy szpitala	52
Rozdział III	
Zasoby rzeczowe w szpitalu. Wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala	77
Rozdział IV	
Świadczenia zdrowotne udzielane przez szpitale	84
1. Rodzaje świadczeń zdrowotnych	84
1.1. Standard świadczeń zdrowotnych	86
1.2. Świadczenia gwarantowane	89
1.2.1. Uwagi ogólne	89
1.2.2. Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego	92
2. Zlecenie lekarskie	96
3. Odpłatne świadczenia	98
4. Brak gwarancji udzielania świadczeń w przypadku likwidacji podmiotu	100

5. Warunki zawierania i realizacji umów w zakresie leczenia szpitalnego .	103
6. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia	107
Rozdział V	
Procesy w szpitalu od przyjęcia pacjenta do wypisu	111
1. Podstawa i tryby przyjęcia pacjenta do szpitala	111
1.1. Skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	111
1.2. Potwierdzanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	116
1.3. Pakiet onkologiczny	122
2. Koncepcja łańcucha wartości	127
3. Leczenie szpitalne	130
3.1. Wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego	130
3.2. Konsultacje w szpitalu	132
3.3. Wypisanie pacjenta ze szpitala	133
Rozdział VI	
Procesy zaopatrzenia medycznego w szpitalu	139
1. Zaopatrzenie medyczne	139
2. Apteka szpitalna	144
3. Transport w szpitalu	154
4. Sterylizacja	156
Rozdział VII	
Procesy zaopatrzenia niemedycznego w szpitalu	159
1. Usługi żywienia	159
2. Utrzymanie czystości	168
3. Zarządzanie odpadami medycznymi	170
Rozdział VIII	
Wybrane działania minimalizujące koszty działalności szpitali	178
1. Szpitalne grupy zakupowe	178
2. Outsourcing	189
3. Benchmarking	190
4. TBM	192
5. <i>Lean management – lean hospital</i>	193
Rozdział IX	
Znaki identyfikacyjne i stosowanie wyrobów medycznych a bezpieczeństwo pacjenta	197
1. Znaki identyfikacyjne pacjentów	197
2. Ochrona danych osobowych pacjenta	213

3. Bezpieczeństwo pacjentów odnośnie do stosowania wyrobów medycznych	230
---	-----

Rozdział X**Zagrożenia bezpieczeństwa pacjenta i metody minimalizacji tego****zjawiska** 2341. Zakażenia szpitalne a jakość usług zdrowotnych 234 |2. Zewnętrzne systemy zapewnienia jakości a bezpieczeństwo pacjenta ... 241 |3. Satysfakcja pacjenta 254 |4. Zintegrowana opieka zdrowotna 257 |**Zakończenie** 259**Bibliografia** 267**Akty prawne** 283

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- k.c. – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 121 z późn. zm.)
- KEL – Kodeks Etyki Lekarskiej (tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r. zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy)
- k.k. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)
- Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
- k.p. – ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 z późn. zm.)
- k.s.h. – ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 1030 z późn. zm.)
- nowelizacja z 2009 r. – ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989)
- nowelizacja z 2014 r. – ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 z późn. zm.)
- pr. farm. – ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.)

-
- p.s.w. – ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 572 z późn. zm.)
- p.z.p. – ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.)
- r.d.p.d.o. – rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024)
- r.k.m. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661)
- r.o.w.u. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484)
- r.s.d.m. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 177 z późn. zm.)
- r.ś.g. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520 z późn. zm.)
- r.w.p.u. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739)

-
- | | | |
|------------|---|--|
| r.z.i. | – | rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zapatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz. U. poz. 1098) |
| u.b.ż. | – | ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 594 z późn. zm.) |
| u.d.l. | – | ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 618) |
| u.k.o.z. | – | ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 126) |
| u.o. | – | ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013 r. poz. 21 z późn. zm.) |
| u.o.d.o. | – | ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) |
| u.p.i.s. | – | ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.) |
| u.p.p. | – | ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) |
| u.p.r.m. | – | ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.) |
| u.p.u.z. | – | ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.) |
| u.r.p. | – | ustawa z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 507) |
| u.s.i.o.z. | – | ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 636) |

-
- | | | |
|----------|---|--|
| u.ś.o.z. | – | ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 581) |
| u.w.m. | – | ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.) |
| u.z.l. | – | ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 464) |
| u.z.o.z. | – | ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) |
| u.z.p.p. | – | ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.) |
| u.z.z.z. | – | ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 947 z późn. zm.) |

Czasopisma

- | | | |
|------------|---|-----------------------|
| MZ | – | Menedżer Zdrowia |
| PiM | – | Prawo i Medycyna |
| St. i Mat. | – | Studia i Materiały |
| ZiZ | – | Zdrowie i Zarządzanie |

Inne

- | | | |
|--------|---|--|
| AOTM | – | Agencja Oceny Technologii Medycznych |
| AOTMiT | – | Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji |
| CWU | – | Centralny Wykaz Ubezpieczonych |
| DPD | – | Dobra Praktyka Dystrybucji |
| EDI | – | Electronic Data Interchange |
| ELA | – | European Logistics Association |

ePUAP	–	elektroniczna Platforma Usług Administracji Publicznej
eWUŚ	–	system elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców
GIODO	–	Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
HACCP	–	Hazard Analysis and Critical Control Point
ICD-10	–	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICD-9	–	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
IP	–	szpitalna izba przyjęć
JGP	–	System Jednorodnych Grup Pacjentów
JIT	–	Just in Time
KPSZW	–	Krajowy Program Szpitalnych Zakupów Wspólnych
KRS	–	Krajowy Rejestr Sądowy
NFZ	–	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK	–	Najwyższa Izba Kontroli
NIZP	–	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
NSA	–	Naczelny Sąd Administracyjny
NZOZ	–	niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej
PIS	–	Państwowa Inspekcja Sanitarna
POZ	–	podstawowa opieki zdrowotna
RFID	–	Radio Frequency Identification
RPWDL	–	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
RZOZ	–	Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej
SIM	–	System Informacji Medycznej
SOR	–	szpitalny oddział ratunkowy
SPZOZ	–	samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

WPROWADZENIE

Współczesna opieka zdrowotna obejmuje coraz bardziej rozległy zakres działań w dziedzinie zapobiegania chorobom, czyli promocji zdrowia i profilaktyki, rozpoznawania schorzeń (diagnoza), leczenia (terapia), rehabilitacji (ograniczanie następstw choroby i przywracanie sprawności organizmu ludzkiego), a dopełnienie tego stanowi opieka paliatywna (terminalna). Zorganizowany i skoordynowany zespół wskazanych działań tworzy istotę systemu opieki zdrowotnej. W najbardziej ogólnym ujęciu do celów tego systemu można zaliczyć¹:

- 1) zabezpieczenie i dostarczenie całej populacji możliwie pełnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, co jest określane pojęciem jej dostępności;
- 2) zapewnienie świadczeń zdrowotnych na możliwie najwyższym poziomie, adekwatnie do stanu nauki i techniki – jakość opieki;
- 3) organizowanie opieki w jak najlepszy sposób, przy optymalnym wykorzystaniu dostępnych zasobów (osobowych, finansowych i technicznych);
- 4) wdrażanie działań doskonalących system.

Należy podkreślić, że w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.) obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń został nałożony na „władze publiczne” (prawo do ochrony zdrowia), a świadczenia zdrowotne finansowane są ze „środków publicznych” (art. 68). Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zatem być uznane za wypełnianie przez instytucje państwowe i samorządowe nałożonego na nie obowiązku o charakterze publicznym. Obecnie opieka zdrowotna zapewniana jest za pomocą systemu kontraktów. W ten sposób podmiot zawierający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jako świadczeniodawca jest narzędziem realizacji zadań władz publicznych w zakresie sprawowania opieki zdrowotnej².

¹ *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. S. Poździoch, A. Ryś, Kraków 1996, s. 101–102.

² T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2014, s. 16.

Natomiast pojęcie procesów zaopatrzenia jest związane nierozdzielnie z logistyką, która w działalności medycznej jest dziedziną niewidoczną dla pacjenta, ale bezpośrednio wpływa na jakość usługi zdrowotnej, przez co stanowi ważny dla organizacji ochrony zdrowia obszar zainteresowania. Ponieważ proces ten ma charakter niemedyyczny, głównymi zaangażowanymi w niego będą zarządzający w obszarach ekonomicznym i administracyjnym, a także prawnym czy technicznym. To właśnie od odpowiednich kompetencji tych osób zależeć będzie, czy zadowolenie pacjenta z realizacji świadczenia zdrowotnego będzie mogło być osiągnięte.

Rozwiązania z zakresu automatycznego gromadzenia danych i ich wymiany, polegające na zastosowaniu odpowiednich metod identyfikacji pacjentów, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, a także wprowadzeniu właściwych sposobów komunikacji na poziomie podmiotu leczniczego, jak również w kontaktach z kooperantami odgrywają krytyczną rolę w procesie zarządzania zarówno łańcuchem dostaw, jak i popytu. Międzynarodowe instytucje branżowe, które działają na rzecz ochrony zdrowia, uznały za najbardziej skuteczne, docelowe i przyczyniające się do podniesienia bezpieczeństwa pacjentów standardy, w tym identyfikatory globalnego systemu GS1³. Bez wątpienia wdrożone standardy identyfikacyjne i komunikacyjne podnoszą efektywność funkcjonowania szpitali i przyczyniają się do maksymalizowania bezpieczeństwa pacjenta, ale również zwiększają efektywność nowych rozwiązań w obszarze e-zdrowia. Implementacja tych rozwiązań przez polskie podmioty lecznicze będzie miała wpływ na zminimalizowanie kosztów ich działalności, poprawi jakość gromadzonych danych medycznych i zwiększy ich integralność zarówno w skali całego kraju, jak i Europy⁴.

Podobnie jak w ochronie zdrowia, również w przemyśle farmaceutycznym znaczenie automatycznej identyfikacji w procesie produkcji i dystrybucji leków jest niebagatelne. Systemy wspierające obsługę procesów logistycznych i ma-

³ GS1 jest międzynarodową organizacją, tworzącą i wdrażającą otwarte standardy identyfikacyjne i komunikacyjne w łańcuchach dostaw na całym świecie, niezależnie od branży. Całość standardów wypracowywanych przez organizację nosi wspólną nazwę System GS1. W skład tego systemu wchodzi kilka głównych projektów, m.in. GS1 BarCodes (związany z zagadnieniami dotyczącymi kodów kreskowych).

⁴ A. Gawrońska-Błaszczuk, *Wpływ standardów identyfikacyjnych i komunikacyjnych na zwiększenie efektywności funkcjonowania podmiotów leczniczych (w:) Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, red. I. Rudawska, E. Urbańczyk, Warszawa 2012, s. 303.

gazynowych pozwalają skutecznie nadzorować przepływ towaru od chwili jego przyjęcia do magazynu surowców lub półproduktów, przez obróbkę na produkcji, aż do momentu wydania z magazynu wyrobów gotowych⁵.

Punktem odniesienia do oceny funkcjonujących systemów logistycznych mogą być przedsięwzięcia wyróżniane przez Europejskie Towarzystwo Logistyczne (*European Logistics Association – ELA*) za najlepsze rozwiązania logistyczne w poszczególnych krajach europejskich nagrodą *European Award for Logistics Excellence*. Analizując projekty zgłaszane do nagrody ELA, można zaobserwować tradycyjny zakres zainteresowania nowoczesnymi rozwiązaniami logistycznymi w przemyśle motoryzacyjnym, podobnie jak w organizacjach, które świadczą szeroko rozumiane usługi logistyczne. Jednak najwięcej projektów lokuje się w obszarze ochrony zdrowia przy rosnącej tendencji do adaptacji rozwiązań logistycznych w szpitalach (logistyka szpitalna)⁶.

W zakres logistyki szpitalnej wchodzi wszystkie działania związane z obsługą przepływu materiałów i pacjentów oraz powiązanych z nimi informacjami, które wspierają podstawowy proces w szpitalu – proces leczenia pacjenta. Do głównego celu logistyki szpitalnej można zaliczyć zapewnienie efektywności funkcjonowania podsystemów sterowania ruchem pacjentów w procesie leczenia, zaopatrzenia w produkty lecznicze i materiały medyczne oraz integrowania wymienionych powyżej podsystemów.

Wymaganiem początkowym usprawnienia procesów przepływu pacjentów, personelu medycznego oraz leków i materiałów medycznych, a także lokalizacji w ramach szpitala jest ich jednoznaczna i automatyczna identyfikacja. W tym celu wykorzystywane są globalne identyfikatory GSI przedstawiane w postaci kodów, a gwarancją prawidłowego funkcjonowania procesów powinna być odpowiednio dobrana aplikacja informatyczna.

Proces zamawiania leków i materiałów medycznych jest oparty na elektronicznej wymianie danych (*Electronic Data Interchange – EDI*), co oznacza, że dokumenty papierowe są zastępowane ich elektronicznymi odpowiednikami tam, gdzie jest to możliwe. Istota usprawnienia procesów logistycznych w szpitalu opiera się na fakcie automatycznego wprowadzenia do systemu informatycznego danych i elektronicznej ich wymiany między stronami w tym łańcuchu.

⁵ M. Klecha, *Bezpieczny pacjent*, http://logistyczny.com/artukul.php?id=3844&id_wyd=72.

⁶ T. Nowakowski, *Niezawodność systemów logistycznych*, Wrocław 2011, s. 29–34.

Możliwości zastosowania takich rozwiązań⁷:

- 1) pacjenci i usługi, które są im świadczone, identyfikuje się za pomocą kodu kreskowego z numerem GS1, skanowanego i rejestrowanego w bazach danych na każdym etapie pobytu pacjenta w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – szpitalu lub przychodni;
- 2) apteka szpitalna składa zamówienia na leki i materiały medyczne, opierając się na kodach kreskowych GS1, przesyłanych za pomocą standardowych dokumentów elektronicznych;
- 3) śledzenie ruchu i pochodzenia dostaw jest możliwe dzięki powiązaniu kodu kreskowego z numerem GS1 i zawartością dostawy odzwierciedloną w numerze GS1;
- 4) produkty lecznicze i materiały medyczne są identyfikowane za pomocą kodów kreskowych z numerami GS1 oraz numerów partii produkcyjnych lub numerów seryjnych i są zapisywane w kartach pacjenta, gwarantując w ten sposób bezpieczeństwo pacjenta i możliwość dostępu do danych dotyczących rodzaju i ilości podanych leków;
- 5) śledzenie ruchu i pochodzenia wewnętrznych zasobów odbywa się dzięki skanowaniu i rejestrowaniu kodów kreskowych z odpowiednimi numerami GS1, które identyfikują zasoby i pozwalają na ich śledzenie podczas mycia, dezynfekcji i konserwacji, itd.;
- 6) kodami kreskowymi z numerami GS1 oznakowany jest sprzęt i urządzenia medyczne w szpitalu. Skanowanie tych kodów oraz kodu pacjenta w momencie świadczenia poszczególnych usług pozwala na śledzenie ruchu pacjenta i monitorowanie stopnia wykorzystania poszczególnych urządzeń.

Procesy innowacyjne są obecnie kluczowe w osiągnięciu przewagi konkurencyjnej w wielu branżach. Obejmują identyfikację potrzeb klienta, badania nad nowymi produktami oraz prace rozwojowe związane z wdrożeniem nowego produktu. Przykładowymi miarami celów w tych procesach może być liczba wdrożonych nowych produktów, czas wejścia na rynek z nową usługą czy też liczba zidentyfikowanych potrzeb klientów.

Procesy operacyjne obejmują przede wszystkim wytwarzanie produktu/realizację usługi oraz logistykę (zaopatrzenie, dystrybucja). Mierzone są najczęściej za pomocą takich miar, jak czas realizacji, terminowość, jakość wykonania czy też koszty. W wielu branżach procesy operacyjne postrzegane są obecnie jako

⁷ A. Gawrońska-Błaszczuk, *Globalne standardy GS1 na rzecz poprawy efektywności szpitali. Najlepsze praktyki ze świata*, St. i Mat. 2011, nr 39, s. 40–41.

najmniej istotne w osiągnięciu przewagi konkurencyjnej, gdyż są najłatwiejsze do skopiowania przez konkurentów. W praktyce wiele zależy to od tego, jakie są kluczowe zasoby zaangażowane w ich realizację. Im większy jest udział pracowników o wysokich kwalifikacjach i umiejętnościach, tym trudniej jest tego typu procesy powielić.

Procesy obsługi posprzedażnej, podobnie jak procesy innowacyjne, mogą być źródłem trwałej przewagi konkurencyjnej. Obejmują one obok takich działań, jak realizacja napraw gwarancyjnych czy obsługa zwrotów, także doradztwo posprzedażowe oraz podtrzymywanie relacji z klientem. Miarą może tu być częstotliwość kontaktów z klientem⁸.

Motywnym przewodnim podejmowanych reform i zmian systemów ochrony zdrowia jest założenie poprawa efektywności poprzez wzrost jakości świadczeń zdrowotnych przy możliwie najniższych kosztach realizacji tego zadania⁹.

Należy podkreślić, że nie można w prawidłowy i efektywny sposób zarządzać żadną organizacją, w tym podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, bez znajomości przepisów prawnych¹⁰, dlatego monografia ta prezentuje uwarunkowania prawne funkcjonowania szpitali w obecnym systemie zdrowotnym w Polsce. Oprócz uwarunkowań prawnych zapoznają również czytelników z uwarunkowaniami administracyjnymi, organizacyjnymi i technicznymi działalności szpitali.

Trzeba zaznaczyć, że zdecydowana większość regulacji prawnych, szczególnie w sektorze ochrony zdrowia, ma charakter bardzo dynamiczny, co przekłada się na wiele nowelizacji, wpływających na kształt systemu, interpretację przepisów oraz pojawiające się nowe problemy praktyczne¹¹.

Monografia ma charakter poradnika oraz publikacji popularyzującej naukę.

Poprawa stanu zdrowia pozwala na podniesienie jakości życia członków społeczeństwa, jest także czynnikiem pozwalającym na większą partycypację w wytwarzaniu produktu krajowego. Stan zdrowia ma też inne ważne implikacje

⁸ M. Pielaszek, *Zrównoważona karta dokonań oraz jej wykorzystanie w procesie zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych* (w:) G. Świdarska, M. Pielaszek, *Rachunkowość zarządcza w podmiotach leczniczych*, Warszawa 2015, s. 235.

⁹ *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Aspekty prawne i socjologiczne*, red. T. Mróz, Białystok 2012, s. 13.

¹⁰ *Zarządzanie podmiotami wykonującymi działalność leczniczą*, red. M. Paszkowska, Warszawa 2015, s. 10.

¹¹ *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2015, s. 32.

dla zachowań społeczno-ekonomicznych jednostek i całych społeczeństw. Zdrowie wpływa pozytywnie na zachowania reprodukcyjne, inwestowanie w kapitał ludzki, zwiększa skłonność do oszczędzania. Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa powinna więc być jednym z priorytetów działań publicznych, w obszarze nie tylko polityki społecznej, lecz także polityki gospodarczej. Realizacja celów społecznych z zakresu zapewnienia jak najlepszego stanu zdrowia ludności tworzy jednocześnie podwaliny polityki pro wzrostowej, opartej w głównej mierze na poprawie jakości kapitału ludzkiego. Biorąc pod uwagę perspektywę ekonomiczną, należy zauważyć, że szczególny charakter zdrowia wyraża się w tym, iż jest ono dobrem zarówno prywatnym, jak i publicznym. Zdrowie społeczne, które jest czynnikiem niezbędnym do sprawnego funkcjonowania społeczeństwa, postrzegane jest jako szczególny rodzaj dobra publicznego¹².

Należy pamiętać, że wysoki poziom wydatków państwa na system ochrony zdrowia nie jest tożsamy z dobrym stanem zdrowia społeczeństwa. Działania związane z nakładami na infrastrukturę techniczną powinny uwzględniać relacje pomiędzy faktycznym kosztem a oczekiwanym efektem, dlatego wdrażanie do systemu ochrony zdrowia innowacyjnych technologii medycznych jest domeną krajów zamożnych, zdolnych finansowo do poniesienia ryzyka rozwiązań nie trafnych¹³.

Celem monografii jest pokazanie problemów, które wynikają z implementacji odpowiednich przepisów prawnych do praktyki funkcjonowania opieki zdrowotnej, i ich wpływu na zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności świadczeń wysokospecjalistycznych udzielanych przez szpitale z równoczesnym zagwarantowaniem odpowiedniej ich jakości i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. A należy pamiętać o tym, że dostęp do świadczeń zdrowotnych uważany jest za jeden z czynników determinujących stan zdrowia¹⁴.

¹² B. Łyszczarz, *Ocena efektywności systemów opieki zdrowotnej w krajach OECD*, Warszawa 2014, s. 9.

¹³ W. Ponikło, *Infrastruktura techniczna szpitala*, Warszawa 2010, s. 9.

¹⁴ Por. I. Laskowska, *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*, Łódź 2012, s. 86.

Celem monografii jest pokazanie procesów zachodzących w szpitalu związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w powiązaniu z procesami zaopatrzenia zarówno medycznego, jak i niemedycznego, które mają wpływ na bezpieczeństwo pacjenta, minimalizację błędów niemedycznych i uzyskanie satysfakcji pacjenta z udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Książka składa się z dziesięciu rozdziałów. W rozdziale I zdefiniowano szpital jako przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne. W rozdziale tym dokonano również podziału na podmioty lecznicze będące i niebędące przedsiębiorcami według nowego nazewnictwa stosowanego w ustawie o działalności leczniczej, wspomniano także o formie, w której prowadzona jest większość szpitali publicznych, czyli o SPZOZ. Kolejny podrozdział został poświęcony szpitalom klinicznym, odgrywającym bardzo ważną rolę w świadczeniu wysokospecjalistycznych usług. Ostatnia część tego rozdziału przedstawia – mogące powstać w wyniku przekształcenia SPZOZ – spółki kapitałowe, jako formę prowadzenia działalności leczniczej. Alternatywnie również uczelnie medyczne mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie takiej spółki.

Rozdział II poświęcony jest zasobom ludzkim, które są szczególnym i wyjątkowym zasobem organizacji, ponieważ ich kompetencje w postaci wiedzy, doświadczenia i umiejętności stają się potencjałem o charakterze strategicznym, a ponadto bez ich udziału świadczenie usług byłoby niemożliwe. W rozdziale tym opisano organy zarządzające i nadzorujące czy doradcze szpitali prowadzonych zarówno w formie SPZOZ lub jednostek i zakładów budżetowych, jak i w formie spółek. W podrozdziale zatytułowanym „Pracownicy szpitala” skoncentrowano się głównie na personelu medycznym i niemedycznym szpitala.

W rozdziale III opisano wymagania, jakim powinny odpowiadać zarówno pomieszczenia, jak i urządzenia szpitala. Przestrzeganie określonych przepisami wymagań dotyczących urządzeń i pomieszczeń szpitala jest ważne dla bezpieczeństwa, zdrowia i życia zarówno personelu szpitalnego, jak i pacjentów. Poza tym posiadanie i stosowanie odpowiedniej aparatury przez szpital jest gwarancją szybkiej, trafnej diagnozy czy prawidłowego wykonania zabiegu operacyjnego.

Rozdział IV dotyczy bardzo ważnego zagadnienia ze względu na temat monografii, jakim są świadczenia zdrowotne udzielane przez szpitale. Opisano w nim rodzaje świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń szpitalnych. Wskazano ważność standardu świadczeń zdrowotnych. Kolejne podrozdziały skupiają się na świadczeniach gwarantowanych, zwłaszcza z zakresu leczenia szpitalnego. W rozdziale tym wspomniano również o zleceniu

lekarstwu, które jest istotnym elementem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Poruszono także problematykę pobierania opłat za świadczenia gwarantowane przez podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami. Opisano również rolę i zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W końcowej części tego rozdziału zostały opisane warunki zawierania i realizacji umów w zakresie leczenia szpitalnego, jak również proces kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ.

Rozdział V uwzględnia opis procesów, które odbywają się w szpitalu od momentu przyjęcia pacjenta do jego wypisu. Porusza on kwestie podstawy i trybu przyjęcia pacjenta do szpitala, obowiązek posiadania skierowania od lekarza, które jest warunkiem koniecznym powstania prawa świadczeniobiorcy do sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych. W rozdziale tym omówiono bardzo ważne zagadnienie, jakim jest prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Rozdział ten zakończony jest opisem procedury wypisania pacjenta ze szpitala.

Rozdziały VI i VII są poświęcone bardzo ważnym zagadnieniom procesów zaopatrzenia zarówno medycznego, jak i niemedycznego w szpitalu, bez których nie byłoby możliwości dostarczenia pacjentowi usługi, a ponadto w większości przypadków pacjent, który nie potrafi ocenić procesu diagnostyczno-terapeutycznego, najczęściej ocenia usługę przez pryzmat cech niezwiązanych bezpośrednio ze świadczeniem zdrowotnym, np. czystości sali szpitalnej czy jakości posiłków. Pierwszy ze wspomnianych wyżej rozdziałów definiuje, czym jest zaopatrzenie medyczne, opisuje specyfikę funkcjonowania apteki szpitalnej, transportu w szpitalu oraz proces sterylizacji. W kolejnym rozdziale opisano wybrane procesy zaopatrzenia niemedycznego, w szczególności usługi żywienia, utrzymanie czystości oraz zarządzanie odpadami medycznymi.

Rozdział VIII skupia się na opisie wybranych działań, które mogą się przyczynić do minimalizacji kosztów działalności szpitali, a należą do nich: szpitalne grupy zakupowe, outsourcing, benchmarking i TBM, związany z JIT oraz koncepcją *lean management*.

Rozdział przedostatni prezentuje sposoby zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów przez stosowanie znaków identyfikacyjnych, które dają gwarancję tego, że właściwy pacjent otrzyma właściwe leczenie, poza tym jego dane nie będą dostępne dla wszystkich, tak jak to było w przypadku stosowania kart gorączkowych. W rozdziale poruszono również kwestię ochrony danych osobowych pacjenta oraz zagadnienia bezpieczeństwa pacjentów odnośnie do stosowania wyrobów medycznych.

Rozdział ostatni porusza sprawę zagrożeń pacjenta, jakie mogą wystąpić podczas jego pobytu w szpitalu czy po jego wyjściu ze szpitala z powodu zakażeń szpitalnych. Panaceum na to jest stosowanie odpowiednich procedur dotyczących higieny i wdrożenie systemów zapewnienia jakości. W rozdziale tym opisano pomiar satysfakcji pacjenta i stosowanie przez coraz więcej podmiotów zasad zintegrowanej opieki zdrowotnej, która nawiązuje do holistycznego ujęcia zdrowia człowieka. Monografia jest adresowana do menedżerów podmiotów leczniczych, zarówno dyrektorów, jak i prezesów zarządów spółek, zastępców dyrektora (wiceprezesów zarządu) ds. leczniczych, ds. ekonomicznych, kierowników klinik, ordynatorów, kierowników działów zamówień publicznych, kierowników transportu, kierowników działów zaopatrzenia, kierowników aptek szpitalnych, pielęgniarek oddziałowych, firm dostarczających wyroby medyczne i produkty lecznicze, znaki identyfikacyjne dla pacjentów i personelu, środki transportu, firm świadczących usługi cateringowe, pralnicze, transportowe, a także dla studentów wydziałów ekonomicznych, wydziałów organizacji i zarządzania, uniwersytetów medycznych oraz słuchaczy studiów podyplomowych z zakresu zarządzania podmiotami leczniczymi.

Zdaję sobie sprawę z tego, że każde, nawet najdoskonalsze, dzieło może nie spełnić wszystkich oczekiwań czytelników. Dlatego będę wdzięczny za wszelkie uwagi, które posłużą jako wskazówki do dokonania uzupełniania prezentowanych zagadnień i/lub dołączenia kolejnych wątków wymagających opracowania.

Szczególne podziękowania za cenne uwagi składam recenzentowi tej monografii Pani prof. zw. dr hab. Jadwidze Sucheckiej.

*Autor*¹⁵

¹⁵ Dr n. med. Tomasz Karkowski, Katedra Pracy i Polityki Społecznej, Instytut Ekonomik Stosowanych i Informatyki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 39, e-mail: tkarkowski@uni.lodz.pl.

————— Rozdział I —————

SZPITAL JAKO PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO

1. Definicja szpitala

Poprzednio obowiązująca ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, która weszła w życie z dniem 15 stycznia 1992 r., definiowała zakład opieki zdrowotnej jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Zakład mógł być także utworzony i utrzymywany w celu prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia (art. 1 ust. 1 i 2 u.z.o.z.). Ustawa wyliczała kategorie zakładów opieki zdrowotnej (art. 2 ust. 1 u.z.o.z.). Do jednej z nich zaliczała szpital, który zapewniał przyjętemu pacjentowi świadczenia zdrowotne, środki farmaceutyczne i materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci był obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego (zgodnie z przepisem art. 20 u.z.o.z.). Do udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacji ograniczonych możliwości zastosowanie miały przepisy art. 20–23 u.ś.o.z., mówiące o udzielaniu świadczeń według kolejności ich zgłoszenia przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielenie świadczeń.

Z dniem 1 lipca 2011 r. przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zostały uchylone przez przepisy ustawy o działalności leczniczej, zawierającej w art. 2 ust. 1 pkt 9 definicję szpitala. Według przepisów tej ustawy jest nim przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Początkowo ustawa ta za-

wierała również definicję przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 55¹ ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 121 z późn. zm.), w którym podmiot leczniczy wykonywał działalność leczniczą. Według tego artykułu przedsiębiorstwo było zorganizowanym zespołem składników niematerialnych i materialnych przeznaczonym do prowadzenia działalności gospodarczej i obejmowało w szczególności oznaczenie indywidualizujące przedsiębiorstwo lub jego wyodrębnione części (nazwa przedsiębiorstwa), własność nieruchomości lub ruchomości, w tym urządzeń, materiałów, towarów i wyrobów, oraz inne prawa rzeczowe do nieruchomości lub ruchomości, prawa wynikające z umów najmu i dzierżawy nieruchomości lub ruchomości oraz prawa do korzystania z nieruchomości lub ruchomości wynikające z innych stosunków prawnych, wierzytelności, prawa z papierów wartościowych i środki pieniężne, koncesje, licencje i zezwolenia, patenty i inne prawa własności przemysłowej, majątkowe prawa autorskie i majątkowe prawa pokrewne, tajemnice przedsiębiorstwa, księgi i dokumenty związane z prowadzeniem działalności gospodarczej. Z powyższej definicji wynikał tylko zakres przedmiotowy, natomiast pominięto bardzo ważny zakres podmiotowy, czyli zapewnienie profesjonalnego personelu medycznego, który ma prawo wykonywania zawodu.

Jednak ustawodawca przez nowelizację ustawy o działalności leczniczej dokonaną ustawą z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742 z późn. zm.), która weszła w życie z dniem 30 czerwca 2012 r., dokonał zmian w zakresie definicji przedsiębiorstwa. Zgodnie z nowym brzmieniem przepisu art. 2 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 618) przedsiębiorstwo oznacza zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Wynika też z tego, że istnieje możliwość świadczenia w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wyłącznie jednego rodzaju działalności leczniczej. Dodatkowo w § 7 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594) wskazano, że każdemu przedsiębiorstwu podmiotu leczniczego nadaje się tylko jeden kod rodzaju działalności leczniczej, które są określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia. Ponadto w wyniku tej nowelizacji do art. 2 dodano ust. 3, w którym określono, że przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego jest jednostką lokalną w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, dla której nie sporządza się odrębnego bilansu, chyba że podmiot leczniczy postanowi inaczej w regulaminie organizacyjnym. Również

z tym dniem jednoznacznie określono, że nazwa przedsiębiorstwa nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego, przez dodanie ust. 1a do art. 100 u.d.l.

Wobec powyższego nie został w definicji przedsiębiorstwa uwzględniony zakres podmiotowy, natomiast odmienność nazwy przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego od oznaczenia podmiotu leczniczego można zilustrować w sposób następujący:

- 1) nazwa podmiotu leczniczego – TOM-MED sp. z o.o.;
- 2) nazwa pierwszego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego – Przychodnia TOM-MED;
- 3) nazwa drugiego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego – Szpital TOM-MED.

W art. 3 u.d.l. stwierdzono, że działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a ponadto może ona polegać również na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym z wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, co budzi kolejne wątpliwości, ponieważ w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej między udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia był znak koniunkcji, natomiast obecnie promocja zdrowia stała się nieobligatoryjna, co jest niezgodne z obowiązkiem władz publicznych w zakresie zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Ważne jest zdefiniowanie przez ustawodawcę rodzajów działalności leczniczej, którymi są (art. 8 u.d.l.):

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - a) szpitalne,
 - b) inne niż szpitalne;
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Ponadto szpital, w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej, nie ma już obowiązku zapewnienia pacjentowi „pomieszczenia i żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia”. O zapewnieniu pomieszczeń i żywienia nie wspomniano również w innych przepisach dotyczących pobytu pacjenta w szpitalu. Może to niestety oznaczać, że za te – wydawałoby się standardowe – świadczenia w szpitalach pacjent będzie musiał wkrótce dodatkowo płacić. Ustawodawca, definiując stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, do których zalicza świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznic-

Tomasz Adam Karkowski – doktor nauk medycznych, adiunkt w Katedrze Pracy i Polityki Społecznej na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego; ukończył Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej na Akademii Ekonomicznej i Akademii Medycznej w Poznaniu; ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie; autor książek i publikacji dotyczących głównie zarządzania podmiotami leczniczymi i personelem pielęgniarskim.

■ Celem książki jest pokazanie uwarunkowań świadczeń szpitalnych w powiązaniu z procesami zaopatrzenia zarówno medycznego, jak i niemedycznego, które mają wpływ na bezpieczeństwo pacjenta, minimalizację „błędów niemedycznych” i uzyskanie satysfakcji pacjenta z udzielonych świadczeń zdrowotnych. Opracowanie ukazuje także problemy wynikające z implementacji przepisów prawnych mających wpływ na zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności świadczeń wysokospecjalistycznych udzielanych przez szpitale, oraz na praktykę funkcjonowania opieki zdrowotnej.

■ W poszczególnych rozdziałach:

- opisano szczegółowo szpital jako przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, który zajmuje się udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- scharakteryzowano procesy zachodzące w szpitalu od przyjęcia pacjenta do jego wypisu,
- omówiono procesy zaopatrzenia medycznego i niemedycznego, które muszą zaistnieć, aby pacjent otrzymał odpowiednią usługę,
- pokazano katalog działań maksymalizujących bezpieczeństwo pacjenta – jego bezbłędną identyfikację, prawidłowe dostarczanie wyrobów medycznych i produktów leczniczych – prowadzących do dostarczenia świadczenia zdrowotnego o odpowiedniej jakości.

■ Publikacja przeznaczona jest dla menedżerów podmiotów leczniczych (dyrektorów i prezesów zarządów spółek), kierowników działów zamówień publicznych, transportu, zaopatrzenia, aptek szpitalnych, firm świadczących usługi cateringowe, pralnicze, transportowe, a także dla studentów wydziałów ekonomicznych, wydziałów organizacji i zarządzania, uniwersytetów medycznych.

„Mocną stroną tej monografii jest prezentacja uwarunkowań prawnych, administracyjnych i technicznych funkcjonowania szpitali w obecnym systemie zdrowotnym w Polsce. Komunikatywny język opracowania oraz łatwa w odbiorze interpretacja wielu ustaw i rozporządzeń umożliwi czytelnikowi zrozumienie złożoności problemów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez szpitale”.

Prof. dr hab. Jadwiga Suhecka [fragment recenzji]

ISBN 978-83-264-8219-9



9 788326 482199

Cena 49 zł
(w tym 5% VAT)

Zamówienia:

infolinia 801 04 45 45, fax 22 535 80 01

zamowienia.ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl



9788326482199 W01P01