



MAGAZYN POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI

# SZPITAL

NR 14 XII.2020

BIULETYN JEST PRZYGOTOWYWANY PRZEZ REDAKCJĘ „MENEDŻERA ZDROWIA” I WYDAWNICTWO TERMEDIA

PODSUMOWANIE DZIAŁAŃ POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI PODCZAS PANDEMII COVID-19

## Szpitale w dobie pandemii COVID-19

JAROSŁAW J. FEDOROWSKI / URSZULA SZYBOWICZ



Wielu z nas zapamięta 4 marca 2020 r. To w tym dniu w Polsce wykryty został pierwszy przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Od tego momentu polskie szpitale stają na wysokości zadania w walce z pandemią.

**P**olska ochrona zdrowia borykała się z licznymi problemami już przed wybuchem pandemii, która tylko je obnażyła. Polskie szpitale zostały postawione w stan najwyższej gotowości i znalazły się na pierwszej linii frontu. Sprostanie zadaniu nadal nie jest łatwe, a uporanie się z COVID-19 zajmie jeszcze trochę czasu. Ale są też pozytywne aspekty: bardzo szybko zapewniliśmy wsparcie dla szpitali i zorganizowaliśmy wiele akcji pomocowych. Poniżej przedstawiam zestawienie działań podejmowanych przez Polską Federację Szpitali (PFSz):

- **STAŁA INFORMACJA DOTYCZĄCA OFERT KUPNA ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ** – do Federacji sypływa mnóstwo ogłoszeń o możliwości zakupu środków ochrony indywidualnej przez szpitale od członków wspierających PFSz i nie tylko, informacje po wstępnej weryfikacji są publikowane na stronie PFSz oraz wysyłane elektronicznie do dyrektorów;
- **INFORMACJE O DEZYNFEKCJACH CZY ROZWIĄZANIACH TELEMEDYCZYNYCH** – firmy zgłaszają propozycje najmu lub kupna na preferencyjnych warunkach dodatkowego sprzętu, w tym respiratorów, termometrów termowizyjnych, kabin do sterylizacji itp.;
- **PATRONAT nad projektem WsparcieDlaSzpitala.pl** – platforma ma za zadanie łączyć darczyńców ze szpitalami, szpitale zgłaszają zapotrzebowanie, a darczyńcy widzą, czego potrzebuje szpital; dzięki kontaktowi z zewnętrznym koordynatorem organizowane jest przekazanie darowizny szpitalowi, obecnie dla ponad 340 zarejestrowanych szpitali z całej Polski oraz domów pomocy społecznej udało się pozyskać wsparcie finansowe od BNP Paribas, ponadto przekazaliśmy darowiznę, jaką PFSz otrzymała w programie „Jaka to melodia”;
- **DAROWIZNA OCZYSZCZACZY POWIETRZA** – firma OPUS przekazała 53 oczyszczacze Coway Airmega 300S do 18 szpitali w Polsce: 48 podarowano 16 szpitalom za naszym pośrednictwem, 2 Szpitalowi Miejskiemu nr 4 w Gliwicach, 3 Szpitalowi Specjalistycznemu im. Stefana Żeromskiego w Krakowie. Łączna wartość rynkowa dotacji to niemal 122 tys. zł brutto;
- **DAROWIZNA PŁYNÓW DEZYNFEKCYJNYCH** – firma SANDOZ przekazała 8500 l płynów do 16 szpitali – jeden szpital na województwo, we współpracy z Fundacją Systemu Aktywizacji Seniora kierowaną przez Tomasza Kopca;
- **WSPÓŁPRACA Z ORANGE** – firma przekazała szpitalom modemy z dostępem do internetu;
- **WSPARCIE MERYTORYCZNE** w realizacji aplikacji QLIC-COVID; »

- » KOORDYNACJA AKCJI STUDENCI ZDROWIA PUBLICZNEGO DO WALKI Z COVID-19 – obecnie ponad 100 studentów kierunku zdrowie publiczne wspomaga powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz Narodowy Fundusz Zdrowia w pracach administracyjnych oraz na infolinii;
- PROJEKT PFSz – wysyłka leków do pacjentów w trakcie pandemii COVID-19;
- WEBINARIA na temat wsparcia psychologicznego czy rozwoju usług telemedycznych;

- WSPÓŁDZIAŁ W REDAKCJI PORADNIKA „Prawo w czasach epidemii”;
- UDZIAŁ W PRACACH TELEMEDYCZNEJ GRUPY ROBOCZEJ;
- UDZIAŁ W PROGRAMIE TELEWIZYJNYM „Koronawirus. Poradnik” oraz w audycjach radiowych, webinarach, webcastach, podcastach;
- PUBLIKACJE na stronie PFSz, w prasie ogólnej i fachowej oraz w mediach społecznościowych;
- AKCJA TESTOWANIA RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 pracowników szpitala w Świdnicy przy współpracy z fundacją LERTE,
- bieżący kontakt i wsparcie centrali PFSz dla dyrektorów szpitali członkowskich.



#### SPOŚRÓD DZIAŁAŃ MIĘDZYNARODOWYCH NALEŻY WYMIENIĆ:

- udział w grupie roboczej COVID-19 Światowej Federacji Szpitali IHF;
- udział w programie Młodzi Liderzy Ochrony Zdrowia IHF;
- udział w grupie roboczej ds. sztucznej inteligencji Komisji Europejskiej;
- udział w pracach Europejskiej Federacji Szpitali HOPE;
- przesłanie listu z wyrazami solidarności do organizacji szpitalnych na wszystkich kontynentach;
- publikacje na temat doświadczeń międzynarodowych w walce z COVID-19.

## Wsparciedlaszpitala.pl

**W**sparciedlaszpitala.pl to bezpłatna platforma internetowa, za pomocą której szpitale mogą informować o swoich potrzebach, a firmy bądź osoby prywatne mogą się zorientować, co i komu jest tak naprawdę potrzebne. W kulminacyjnym momencie pandemii, czyli na przełomie kwietnia i maja 2020 r., z systemu korzystało niemal 700 szpitali i domów pomocy społecznej (DPS) oraz sieć 360 lokalnych koordynatorów zbiorów. System powstał w połowie marca 2020 r. dzięki połączeniu potencjału i zaangażowania

trzech podmiotów: naukowców z Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, programistów z firmy Clorcc oraz społeczników skupionych w Fundacji PARK.

Do zbudowania systemu wykorzystana została platforma Salesforce – centrala firmy mająca siedzibę w USA przekazała licencję o rynkowej wartości 1 mln EUR za miesiąc.

Kluczowym momentem w rozwoju i popularyzacji systemu Wsparciedlaszpitala.pl był patronat Polskiej Federacji Szpitali (PFSz), którym Federacja objęła akcję na początku kwietnia br. Za sprawą kampanii informacyj-

nej prowadzonej przez PFSz i jej bazy kontaktów do systemu dołączyło ponad 150 szpitali. Za pośrednictwem PFSz na rozwój platformy pozyskano również środki finansowe od BNP Paribas oraz z tytułu wygranej w programie „Jaka to melodia”. Pieniądże zostały przeznaczone przede wszystkim na zakup licencji, która pozwala utrzymywać i rozwijać platformę wymiany informacji między szpitalami a darczyńcami.

Podczas drugiej fali pandemii system działa na mniejszą skalę z uwagi na ograniczone zasoby osób gotowych do pełnienia funkcji lokalnych koordynatorów zbiorów. Pozyskiwana i przekazywana pomoc kierowana jest głównie do mniejszych szpitali oraz DPS-ów.

Jednocześnie od września br. realizowany jest projekt dofinansowany przez ONZ polegający na przeniesieniu doświadczeń systemu WdS na Ukrainę. Stworzony tam system (<http://helpmed.in.ua/>) i sieć koordynatorów odpowiedzieć ma na pytanie, czy rozwiązanie, które odegrało istotną rolę pomocową w Polsce, okaże się przydatne także w innych krajach. Polska Federacja Szpitali koordynuje kontakty pomiędzy szpitalami w Polsce i na Ukrainie w celu wymiany doświadczeń w walce z pandemią.

Dziękujemy prof. Jarosławowi Fedorowskiemu, prezesowi PFSz, oraz Urszuli Szybowicz, project manager PFSz, za wsparcie i pomoc w rozwijaniu platformy.

Osoby zainteresowane współpracą (wspieranie użytkowników systemu) oraz wykorzystaniem go we własnych działaniach pomocowych na rzecz szpitali i DPS-ów zachęcamy do kontaktu z twórcami platformy.

**Dr Jakub Jasiczak**

Lider projektu WsparciedlaSzpitala

e-mail: [jakub.jasiczak@scuep.pl](mailto:jakub.jasiczak@scuep.pl)



DAROWIZNA DLA SZPITALI

# Szafy odkażające firmy SAMSUNG

**W** Samsung Polska byliśmy, i wciąż jesteśmy, pod wielkim wrażeniem służby zdrowia w tych trudnych dla wszystkich czasach. Personel szpitali z narażeniem własnego zdrowia codziennie walczy ze skutkami epidemii. Chcąc wykorzystać nasze kompetencje i zaplecze technologiczne, chcieliśmy wesprzeć medyków w ich heroicznej pracy. Zdecydowaliśmy o przekazaniu szaf odświeżających i dezynfekujących ubrania AirDresser do dziesięciu jednoimiennych szpitali zakaźnych zrzeszonych w Polskiej Federacji Szpitali (PFSz). Pozyskanie takiego partnera jak PFSz pozwoliło nam określić potrzeby i nieść sprawną pomoc. W rezultacie urządzenia AirDresser trafiły m.in. do Raciborza, Ostródy, Gdańska czy Kędzierzyna-Koźła.

Przekazane szpitalom urządzenia pomagają personelowi w zachowaniu najwyższych standardów sanitarnych. Jest to niezwykle istotne ze względu na bezpieczeństwo pacjentów i medyków. Jednym z kryteriów jest zapewnienie czystych uniformów personelowi zajmującemu się chorymi. Tradycyjne procedury czyszczenia specjalistycznej odzieży są czasochłonne. Wierzymy, że wyposażenie szpitali w urządzenia AirDresser, które pozwalają na szybkie i dokładne wyczyszczenie ubrań, które następnie nadają się natychmiast do założenia, znacznie ułatwi pracę personelowi szpitali.

Szafa odświeżająca ubrania Samsung AirDresser jest niezwykle skuteczna. Testy przeprowadzone w laboratorium Uniwersytetu Koreańskiego dowiodły, że AirDresser potrafi usunąć z odzieży do 99,9% trzech typów wirusów: adenowirusów, wirusów grypy, herpeswirusów – oraz dwóch typów bakterii: *Escherichia coli* (pałeczka okrężnicy) oraz *Staphylococcus aureus* (gronkowiec złocisty). Z kolei badania przeprowadzone przez Intertek, globalnego lidera w badaniach i certyfikacji produktów, wykazały, że Samsung AirDresser usuwa do 99% roztoczy i kurzu. Dużym ułatwieniem dla szpitali jest także fakt, iż urządzenie nie wymaga bezpośredniego podłączenia do sieci wodno-kanalizacyj-



nej – może być więc ustawione w dowolnym miejscu, np. na korytarzu lub w pokoju przeznaczonym do odpoczynku.

Cieszymy się, że nasza technologia okazała się pomocna w czasach pandemii. Mamy nadzieję, że darowizna firmy Samsung ułatwi wykonywanie codziennych obowiązków tym, którzy są dla nas wszystkich bohaterami. Projekt koordynowała Urszula Szybowicz. ■

Olaf Krynicki  
rzecznik prasowy Samsung Polska

## Polska Federacja Szpitali z Transition Technologies SA przedstawia koncepcję rejestru dostępnych zasobów szpitalnych

**T**ransition Technologies SA, członek wspierający PFSz, istnieje od czerwca 1991 r. Obecnie jest wiodącym polskim dostawcą oprogramowania dla automatyki, energetyki, gazownictwa i medycyny. Ma na swoim koncie ponad 300 wdrożeń w Polsce i na świecie. Zatrudnia ponad 1500 osób. Ścisłe współpracuje z uczelniami wyższymi na całym świecie.

Ostatnim osiągnięciem jest **rejestr dostępnych łóżek i respiratorów COVID-19**. Koncepcja ta przygotowana została w myśl stanowiska PFSz dotyczącego konieczności poprawy koordynacji zarządzania zasobami szpitalnymi oraz ruchem pacjentów. Jednym z głównych celów wdrożenia rejestru jest umożliwienie dostępu do bieżącej informacji o aktualnych stanach łóżek i respiratorów (wolnych oraz wszystkich dostępnych) we wszystkich szpitalach dedykowanych leczeniu pacjentów z COVID-19 w Polsce.

**Rejestr jest gotowy i został przedstawiony Ministerstwu Zdrowia – czekamy na zaopiniowanie i liczymy, że zostanie wdrożony w polskich szpitalach.** ■



Znajdź najbliższy szpital z wolnymi łózkami i respiratorami

APLIKACJA UMOŻLIWIŁA WYBRANIE REZERWACJE DO SZPITALI, W KĄTYCH MOŻEĆ SIĘ POZOSTAWIĆ WYBRANY ZARZĄDZĄCY ODMIAR

Nowe szpitala

Szpital im. ...

Hasło

\*\*\*\*\*

Nie pamiętasz hasła?



**TRANSITION**  
TECHNOLOGIES  
SCIENCE

# Płyny dezynfekujące SANDOZ

Od początku marca 2020 r. w Polsce trwają zmagania z koronawirusem. Pandemia COVID-19 poza tym, że spowodowała spowolnienie gospodarcze, to również znacznie obciążyla krajowy system ochrony zdrowia. To jedna z najtrudniejszych dotychczas prób. Już w pierwszym okresie pandemii pojawiło się wiele nowych wyzwań w zakresie edukacji społeczeństwa, a przede wszystkim zapewnienia płynności środków i narzędzi do walki z epidemią. Swoje wsparcie zaoferowała firma Sandoz Polska. W kwietniu, w bardzo trudnym dla systemu ochrony zdrowia momencie, wraz z Polską Federacją Szpitali i we współpracy z przedstawicielami Zarządu Fundacji System Aktywizacji Seniora Tomaszem Kopcem i Piotrem Pustym firma Sandoz Polska przekazała polskiemu szpitalom 8500 l płynów do dezynfekcji. Rozdystrybuowano je do 16 polskich szpitali – do jednego szpitala w każdym województwie. Wiedza ekspercka Federacji działającej na rzecz bezpieczeństwa pacjentów i pracowników szpitali umożliwiła obiektywną ocenę sytuacji oraz potrzeb zrzeszonych placówek.

Jestem dumny, że firma Sandoz Polska wsparła polskie szpitale na samym początku pandemii, kiedy środki do dezynfekcji były bardzo trudno dostępne i jednocześnie niezwykle potrzebne. Cieszę się, że mogliśmy przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa lekarzy i pacjentów w 16 szpitalach w całym kraju – mówi Thomas Weigold, prezes Sandoz Polska.

Firma Sandoz, jako światowy lider w dziedzinie leków generycznych i biorównoważnych, koncentruje się na wdrażaniu rozwiązań, które



zaspokajają potrzeby medyczne i poprawiają jakość opieki zdrowotnej. Przekazując darowiznę i włączając się przez to w działania pomocowe na rzecz walki z pandemią, zapewniła wsparcie dla procesu poprawy bezpieczeństwa personelu medycznego i pacjentów w tym niezwykle trudnym czasie.

Projekt koordynowała Urszula Szybowicz ■

# Oczyszczacze powietrza firmy COWAY/OPUS

W połowie kwietnia 2020 r., PFSz koordynowała akcję we współpracy z firmą OPUS, dzięki której przekazaliśmy 18 szpitalom oczyszczacze powietrza Coway Airmega 300S – kompaktowe urządzenia o dużej wydajności do 490 m<sup>3</sup>/godz. w pełnym zakresie pracy trybu AUTO. Dla porównania, inne oczyszczacze uzyskują maksymalną wydajność w trybie TURBO, a ten model jest uruchamiany tylko manualnie i nie wchodzi w skład trybu AUTO. Airmega korzysta z pełnej mocy również w trybie AUTO. Coway Airmega 300S ma dwa zestawy filtrów HEPA H13+węgiel aktywny, dzięki czemu powierzchnia aktywna filtracji jest bardzo duża – na 1 cm<sup>2</sup> filtra oddziałuje mniejsze ciśnienie, co pozwala na bardzo dokładne oczyszczenie powietrza. Dzięki symetrycznemu rozłożeniu filtrów (po bokach) urządzenie czerpie brudne powietrze z dwóch stron, tworząc bardzo wydajną i skuteczną cyrkulację powietrza w pomieszczeniu.

Łącznie podarowaliśmy 53 oczyszczacze:

- 48 trafiło do 16 szpitali wskazanych przez PFSz,
- 2 otrzymał Szpital Miejski nr 4 w Gliwicach,
- 3 zostały wysłane do Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie.

Łączna wartość rynkowa dotacji to niemal 122 tys. zł brutto. Projekt koordynowała Urszula Szybowicz. ■





# Co się okazało istotne, a co nie w systemie ochrony zdrowia

WYWIAD Z DR PIOTREM WARCZYŃSKIM, B. WICEMINISTREM ZDROWIA – RED. KRYSZTOF LURKA



Wszystko wskazuje na to, że ofiar walki z koronawirusem będzie znacznie więcej niż samego wirusa. Oprócz zgonów spowodowanych COVID-19 nadeszła fala przypadków chorób, których leczenie zostało odroczone lub zaniechane z powodu pandemii, i kolejna, która będzie trwać latami – zaniechania działań profilaktycznych.

Nasz rząd w walce z epidemią koronawirusa, podobnie jak większość państw europejskich, wdrożył drastyczne ograniczenia w celu spłaszczenia krzywej epidemicznej, czyli spowolnienia rozprzestrzeniania się wirusa. Zamrożenie przynajmniej na kilka miesięcy gospodarki było świadomą decyzją rządów. Nieuniknioną konsekwencją tych działań jest i będzie recesja oraz kurczenie się gospodarki, w tym zahamowanie rozwoju, niedofinansowanie i dezorganizacja systemu opieki zdrowotnej. Są już pierwsze sygnały, że mimo stałego finansowania ryczałtowego szpitale powoli się zadłużają, a prawdziwa recesja jest jeszcze przed nami. Do tego dochodzą rosnące koszty „normalnego” funkcjonowania, w tym koszty środków ochrony, ale także rosnąca płaca minimalna czy odmrożenie kwoty bazowej wynikające z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ekonomiści z Capital Economics oszacowali, że trzy miesiące zwolnienia gospodarki doprowadziły do spadku PKB w strefie EURO o 12%. Prognoza dla Polski jest znacząco lepsza, ale nadal zła, mówi o spadku PKB o 6%.

Nie pamiętamy lub nie wiemy, że szeroko pojęta ochrona zdrowia to jeden z najistotniejszych sektorów gospodarki narodowej. Nie mamy danych polskich, ale w większości krajów europejskich jest ona pierwszym lub drugim najważniejszym sektorem gospodarki narodowej, w którym pracuje nawet 11% wszystkich zatrudnionych. W sektorach

gospodarki najbardziej dotkniętych lockdownem ludzie zaczną tracić pracę, spadną pensje, zmaleje składka zdrowotna płacona do NFZ. Firma doradcza Public Policy szacuje, że w zależności od tego, jak długo potrwa *lockdown*, wpływy ze składki będą mniejsze o 5 mld zł w wersji optymistycznej lub ponad 19 mld zł w wersji pesymistycznej. Ta druga kwota to prawie 20% całego budżetu NFZ i nawet potencjalne dotacje budżetowe ze strony coraz biedniejszego państwa nie będą w stanie tego deficytu wyrównać. Ponowne zamrożenie gospodarki jeszcze bardziej zastopowało funkcjonowanie ochrony zdrowia – podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), diagnostyki, a także szpitali. W większości przypadków POZ i AOS, nie widząc pacjentów, udzielały tylko teleporad, jak nazwa wskazuje – prawie zawsze przez telefon. Szpitale pod przymusem nieodpowiedzialnych komunikatów NFZ już dwukrotnie prawie całkowicie zawieszały planowe przyjęcia, pracując wyłącznie „na ostro”. Koszty zdrowotne i społeczne takich decyzji są trudne do oszacowania.

Według Komodo Health, organizacji posiadającej największą bazę danych o usługach medycznych w USA, miliony pacjentów odłożyło badania profilaktyczne. Liczba badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy spadła o 68%, badań cholesterolu o 67%, a badań stężenia glukozy we krwi o 65%. Nie sądzę, żeby w Polsce było inaczej.

Na brak normalnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia nakładają się zachowania pacjentów, którzy boją się wezwać pomoc i nie zgłaszają się do szpitali z obawy przed zakażeniem koronawirusem. Codzienne relacje medialne o liczbach zakażeń i zgonów z powodu COVID-19, nieodpowiedzialne ze względu na brak odniesienia do zgonów ogółem, skutecznie ten strach wzbudziły. Taki schemat powieliły wszystkie media, bez względu na orientację polityczną, i – o zgrozo – robią to nadal. Pacjenci, którzy zdecydowali się na skorzystanie ze świadczeń zdrowotnych w dobie pandemii, skarżą się, że mają utrudniony dostęp do lekarza (80% – badanie ankietowe Fundacji My Pacjenci). Fundacja Alivia zadzwoniła do 531 jednostek wykonujących diagnostykę obrazową (TK, RM i PET-CT), żeby zapytać o termin wykonania badania – 148 z nich wstrzymało zapisy. Szczególnie niebezpieczne dla zdrowia są sytuacje, gdy czas odgrywa kluczową rolę, choćby w przypadku chorób kardiologicznych, tętniaków czy chorób nowotworowych.

Prezydent Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego zwraca uwagę, że śmiertelność z powodu COVID-19 jest 10 razy mniejsza niż z powodu nieleczzonego zawału serca. Jak pokazują badania brytyjskie i amerykańskie, wśród osób zakażonych COVID-19 śmiertelność wynosi 1,38–1,4%, a wśród chorych na sezonową grypę wynosiła do tej pory 1,38%. Są już doniesienia, także polskie (GUS), że po początkowym spadku ogólnej umieralności – wynikającym z kwarantanny, mycia rąk, noszenia maseczek i spadku zachorowalności na inne choroby, przede wszystkim na grypę – nastąpił jej wzrost. Hiszpański Instituto Nacional de Estadística podał dane o wzroście śmiertelności ogólnej w pierwszych 21 tygodniach 2020 r. W tym okresie zmarło 225 930 osób, czyli o 43 945 więcej niż w analogicznym okresie 2019 r. Ta druga liczba to o 16 818 więcej niż liczba zmarłych na COVID-19. Instytut szacuje, że były to osoby, które zrezygnowały z szukania pomocy medycznej. Podobne informacje podaje BBC, powołując się na dział analiz zdrowotnych Office for National Statistics i wreszcie o znaczącym wzroście śmiertelności niewynikającej z zachorowania na COVID-19 informuje nasz Główny Urząd Statystyczny.

# Szpitaly jednoimienne zrzeszone w Polskiej Federacji Szpitali

## SPZOZ W KĘDZIERZYNIE-KOZŁU

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu 16 marca 2020 r. został przekształcony w podmiot jednoimienny. Było to wyzwanie logistyczne i organizacyjne. Szpital miał zaledwie trzy dni na przygotowanie się do zmiany. Opracowano procedury oraz ścieżki postępowania. Posiłkowano się zaleceniami konsultantów wojewódzkich i krajowych. Wiedzę na temat wirusa SARS-CoV-2 czerpano z dostępnej literatury obcojęzycznej. Transformacja była realizowana „na żywym organizmie”. Wszystkich opanował lęk przed nieznanym, niepewność. Kierownictwo szpitala wdrożyło procedury komunikacji dla każdej z prze-

szpitala jednoimiennego pracownicy nie ulegli zakażeniu wirusem SARS-CoV-2.

Szpital otrzymał z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego i Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego pieniądze na zakup niezbędnych środków ochrony osobistej oraz sprzęt medyczny. Dzięki darczyńcy w szpitalu powstała Pracownia Biologii Molekularnej. Dostępność urządzeń w SPZOZ jest istotną przewagą szpitala na tle placówek, które takowych nie posiadają.

W podmiot wieloprofilowy SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu powtórnie przekształcono 22 czerwca br. Dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 wydzielono 90 łóżek. Do pracy na oddziale covidowym dy-

SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu mianowano szpitalem koordynującym na Opolszczyźnie, do którego przyjmowano pacjentów na II i III poziomie walki z COVID-19.

Okres pracy hybrydowej zakończył się decyzją wojewody opolskiego 2 listopada 2020 r. Po raz wtóry szpital stanął na wysokości zadania, a jego personel ponownie był w gotowości do realizacji koniecznych zmian. ■

Jarosław Kończyło, dyrektor SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu

## SZPITAL WOJEWÓDZKI W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM

Szpital w Gorzowie Wielkopolskim decyzją ministra zdrowia i wojewody lubuskiego już w marcu był szpitalem jednoimiennym. W bardzo krótkim czasie musieliśmy przystosować wiele naszych obiektów do walki z pandemią. Przybyło nam obowiązków, a nie mieliśmy dodatkowego wsparcia kadrowego. Walka z pandemią i jednocześnie objęcie świadczeniem usług medycznych tych, którzy nie są zakażeni koronawirusem, ale wymagają leczenia z powodu innych chorób, było dla nas dużym wyzwaniem. Od początku drugiej fali pandemii każdego dnia ponad 100 pracowników naszego szpitala jest wyłączonych z pracy z powodu zakażenia koronawirusem lub odbywania kwarantanny.

Już wcześniej odczuwaliśmy niedobór średniego i wyższego personelu medycznego. Od wielu miesięcy bardzo intensywnie szukamy chętnych do pracy – dajemy ogłoszenia na portalach medycznych, w mediach, a także przekazujemy pocztą pantoflową. Aby zapewnić funkcjonowanie szpitala, posiłkujemy się przesunięciami lekarzy i pielęgniarek z innych oddziałów. Prosiłiśmy o pomoc przy pracach pielęgnacyjnych siostry zakonne. Zgłosiła się jedna osoba. Ostatecznie nie podjęła pracy, bo została objęta kwarantanną.

Udało się nam stworzyć własną bardzo dobrze wyposażoną bazę laboratoryjną i nie musimy zlecać badań PCR podmiotom zewnętrznym. W województwie lubuskim jesteśmy tym ośrodkiem, w którym wykonuje się najwięcej tego rodzaju badań.

W ciągu kilku miesięcy zwiększyliśmy liczbę łóżek do intensywnej terapii z 12 do 30 (w tym 20 przeznaczaliśmy dla pacjentów zakażonych koronawirusem). Zwiększyliśmy też liczbę respiratorów z 30 do 73.

Aby maksymalnie ograniczyć konieczność przychodzenia naszych pacjentów do szpitala, umożliwiliśmy im założenie indywidualnego



kształczących komórek organizacyjnych. Komunikacja pionowa była kształtowana obustronnie. W celu sprawniejszego porozumiewania się utworzono grupy telefoniczne za pośrednictwem komunikatora WhatsApp dla personelu lekarskiego (zbiorczo) i personelu pielęgniarskiego (indywidualnie). Pacjentów przyjmowano sukcesywnie, uwzględniając przygotowanie oddziałów. Kluczowa dla wyrównywania poziomu wiedzy i pozyskiwania informacji była komunikacja pozioma, szczególnie między komórkami stacjonarnymi SPZOZ. Fundamentem prawidłowego funkcjonowania szpitala było zapewnienie bezpieczeństwa personelowi medycznemu. Chcąc zagwarantować dostawy środków ochrony osobistej *just in time*, komórki szpitala prowadziły intensywny proces pozyskiwania niezbędnego towaru. W trakcie ponad trzymiesięcznego okresu zachowania statusu

rekcja SPZOZ oddelegowała dedykowany personel medyczny. Jego trzon stanowili specjaliści – interniści, których wspierali chirurg, ortopeda, neurolog, ginekolog, urolog. Interdyscyplinarny zespół zaopatrywał również pacjentów, u których występowały schorzenia współistniejące. Po przekształceniu w głównej lokalizacji szpitala funkcjonowało dziewięć oddziałów dla pacjentów niecovidowych oraz oddział dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Dla właściwej pracy i realizacji przyjęć pacjentów niecovidowych nieodzowny był precyzyjny podział szpitala i wyłączenie ciągów komunikacyjnych (w tym wind). Ponadto przygotowano dwie sale operacyjne na potrzeby wyłącznie pacjentów z COVID-19. Pozostałe sześć sal operacyjnych wykorzystywano na potrzeby pacjentów niezakażonych wirusem SARS-CoV-2.



konta pacjenta. Dzięki systemowi eRejestracja bez wychodzenia z domu można zarejestrować się do wybranej poradni, odebrać wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych oraz mieć dostęp do historii wizyt w naszych poradniach. Rozwijamy dostęp do usług cyfrowych. Do poradni można też zarejestrować się, wysyłając e-mail na adres rejestracja@szpital.gorzow.pl.

W drugiej połowie października otworzyliśmy nową poczekalnię główną. Teraz budujemy nową poczekalnię dla izby przyjęć.

Ciężką próbą było dla nas przyjęcie podopiecznych Domu Pomocy Społecznej dla Kombatanta w Zielonej Górze. Zrobiliśmy wszystko, aby mieli oni u nas godne warunki. To wymagało

zaangażowania wielu pracowników szpitala – ludzie, którzy i tak już pracowali ponad siły, musieli zostawić swoje rodziny i przyjechać do szpitala (nadmienię, że pierwsi pacjenci trafili do nas w niedzielę). Mieszkańców DPS-u trzeba było przyjąć, zbadać, przygotować dla nich łóżka. Stan wielu z nich był poważny. Były to głównie osoby niesamodzielne, część z nich z odleżynami czy otwartymi ranami. Nie było to łatwe, ale pracownicy szpitala stanęli na wysokości zadania.

Na szczęście spotykamy się z wieloma przejawami wyrozumiałości i dobroci. Otrzymujemy ogromne wsparcie od pracowników gorzowskich (i nie tylko) instytucji, przedsiębiorców, stowarzyszeń i zwykłych ludzi. Dzięki nim

do szpitala od marca do października trafiły darowizny (w różnej postaci) wartości 6 milionów złotych. Najmniejsza wpłata była w wysokości 20 złotych. To pokazuje, że wokół nas jest wielu ludzi, którzy chcą pomóc innym, a bywa, że dzielą się ostatnim groszem. To dla nas bardzo cenne doświadczenie, bo nie o wartość materialną darowizny chodzi, ale o to, że w trudnych czasach możemy na siebie liczyć. ■



**Robert Surowiec**  
Wiceprezes Zarządu,  
Wielospecjalistyczny  
Szpital Wojewódzki  
w Gorzowie Wlkp.,  
Sp. z o.o.

## Szpital Pomorskie w trakcie walki z COVID-19

**P**oczątek pandemii dla wszystkich był wielką niewiadomą. Wiedzieliśmy tylko, że szpitalem, który weźmie na siebie ciężar przyjmowania pacjentów zakażonych koronawirusem, będzie działające w ramach Szpitali Pomorskich Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy w Gdańsku (PCCHZiG), na Pomorzu placówka najbardziej doświadczona w opiece nad pacjentami z chorobami zakaźnymi.

W sobotę, 14 marca 2020 r., przywieziono do szpitala pierwsze dwie pacjentki zakażone koronawirusem. Jako zarządzający szpitalem byliśmy pełni obaw, bo mieliśmy zmierzyć się już z konkretną sytuacją, a nie wyobrażeniami. Od personelu białego natomiast bił spokój i opanowanie. Teraz, kiedy już nauczyliśmy się żyć na co dzień z COVID-19, walka z pandemią wydaje się łatwiejsza, choć nadal nie wiemy, jak długo będziemy musieli jeszcze z nią żyć i funkcjonować w naszych szpitalach.

Obecnie pacjenci zakażeni koronawirusem przebywają na wszystkich czterech oddziałach PCCHZiG w Gdańsku: trzech oddziałach zakaźnych dla dorosłych (w tym jeden ze stanowiskami intensywnej terapii) oraz oddziale dziecięcym. Od początku pandemii – marca 2020 r. – przebywało tu dotąd około 600 pacjentów zakażonych COVID-19 oraz blisko 300 z podejrzeniem, a nasza Izba Przyjęć przyjęła ponad 3000 osób! Niestety ponad 120 pacjentów naszego szpitala zmarło. Od samego początku mieliśmy opracowane odpowiednie procedury postępowania z pacjentami zakażonymi COVID-19. Przede wszystkim dostosowaliśmy istniejącą infrastrukturę – zamontowano wentylację mechaniczną, zainstalowano dodatkowe punkty dostępu gazów medycznych, stworzono od podstaw stanowiska intensywnej terapii oraz wyposażono je w całkowicie nowy sprzęt medyczny. Ponadto na oddziały zakaźne kupiono niezbędną aparaturę medyczną do prowadzenia pacjentów z COVID-19. Jedną ze strategicznych decyzji był zakup i montaż tomografu komputerowego niezbędnego w procesie diagnostyki, sfinansowany ze środków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego.

Odświeżono i dostosowano do opieki nad pacjentem z COVID-19 dwa oddziały, które do marca br. były oddziałem gruźlicy i chorób płuc oraz zakładem opiekuńczo-leczniczym. Ze względu na coraz większą liczbę pacjentów przebywających w szpitalu, mając na uwadze ich bezpieczeństwo, zainstalowano zbiornik na tlen ciekły o pojemności 11 tys. l, co pozwoliło na sprawne i bezpieczne zarządzanie gospodarką gazami medycznymi oraz umożliwiło poszerzenie bazy



łóżkowej wyposażonej w tlen, a tym samym odejście od systemu butli gazowych, które są mało wydajne i które trzeba bardzo często wymieniać. Pełny zbiornik zabezpiecza potrzeby szpitala na około 7 dni (przy założeniu 200 pacjentów podłączonych do instalacji tlenowej). Dla podniesienia poziomu bezpieczeństwa i zminimalizowania ryzyka związanego z ewentualną awarią systemu instalacji tlenowej szpital pozostawił w swoich strukturach dotychczasową instalację jako niezależne źródło zasilania.

Czas pandemii nauczył nas sprawniej zarządzać nie tylko procesami, ale również towarzyszącymi nam trudnymi emocjami, co było chyba największym wyzwaniem. Dzisiaj, wyciągając wnioski z popełnionych błędów, potrafimy jako cała organizacja pewniej stanąć do dalszej walki. Pandemia pozwoliła nam zweryfikować nasze mocne i słabe strony.

W listopadzie br. oddziały dla pacjentów zakażonych koronawirusem w ramach Szpitali Pomorskich powstały w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni oraz Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie. Mamy już jednak za sobą doświadczenie i wiedzę szpitala zakaźnego w Gdańsku, które możemy wdrażać w kolejnych placówkach. Obecnie w całej spółce dysponujemy łącznie ponad 300 łóżkami dla osób chorych na COVID-19. ■

**Jolanta Grenda**  
prezes Zarządu Szpitali Pomorskie sp. z o.o. w Gdyni

# Świdnica walczy z COVID-19



Pandemia wirusa SARS-CoV-2 odcisnęła głębokie piętno na polskiej służbie zdrowia. Tak jak wiele innych szpitali, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy stanął przed niezwykle trudnym zadaniem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi w obliczu wciąż narastających problemów związanych z rozprzestrzenianiem się wirusa. Podjęliśmy walkę, w której stawką jest życie i zdrowie ludzkie. I toczymy ją do dziś.

**P**roblemy związane z funkcjonowaniem naszego szpitala pojawiły się już w pierwszych miesiącach pandemii wraz z brakiem odgórnych procedur oraz związanym z tym chaosem organizacyjnym, który opanował cały kraj, a który powstał na skutek nowej, niespotykanej dotąd sytuacji. Pierwsza fala zachorowań na COVID-19 spowodowała, że **zapasy środków ochrony osobistej, tj. maseczki, rękawice czy płyny do dezynfekcji, w naszej placówce ubywały w zastraszającym tempie**, a na rynku w związku z ogromnym popytem pojawiły się trudności z ich pozyskaniem. Jeśli nawet udało się zorganizować zakup najpotrzebniejszych środków, ich cena była często kilkunasto-, a nawet kilkudziesięciokrotnie wyższa niż zwykle. Oznaczało to ogromny wzrost kosztów, który znacząco uszczuplił kasę szpitala. Jesienna fala zachorowań, której skala jest jeszcze większa, bardziej uwidoczniła te problemy, bo mimo iż ceny spadły, a dostępność znacznie wzrosła, to nadal poziom cen jest dużo wyższy niż przed pandemią, a ilość

zużywanych środków ochrony stale rośnie. Szczęśliwie szpital otrzymał wsparcie z wielu stron. Dzięki wspaniałej postawie społeczeństwa udało się pozyskać dodatkowe środki na zakup najbardziej potrzebnych w tym czasie środków ochrony.

Nieoceniona okazała się pomoc darczyńców, którzy hojnie wspierali naszą placówkę, oferując pomoc rzeczową i finansową. Ludzie okazali wielkie serce, widoczne było i jest zaangażowanie zarówno osób prywatnych, jak i firm oraz instytucji, dzięki czemu udało nam się przetrwać ten najgorszy czas. Wsparcie dla szpitala organizowano w ramach lokalnych i ogólnopolskich akcji. Mieszkańcy Świdnicy np. szyli maseczki, które przekazali szpitalowi. Przykładem akcji o zasięgu krajowym była Ogólnopolska Akcja Obywatelska „Ratujmy Medyków”. Za przyczyną Polskiej Federacji Szpitali do SPZOZ w Świdnicy trafiły testy na COVID-19 dla personelu szpitala. Dzięki projektowi „Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu spowodowanemu przez COVID-19” współfinansowanemu przez Unię

Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego udało się zdobyć środki, które częściowo zrefundowały nakłady szpitala poniesione na działalność w specjalnym reżimie sanitarnym. Dużym wyzwaniem dla szpitala okazały się również problemy kadrowe, które zaczęły ujawniać się w miarę rozwoju sytuacji epidemiologicznej. Przypadki zakażenia koronawirusem wśród personelu medycznego oraz aspekty osobiste, związane m.in. z koniecznością zapewnienia opieki dzieciom w obliczu zamknięcia placówek oświatowych i wprowadzenia nauki zdalnej, spowodowały utrudnienia w zapewnieniu ciągłości pracy wszystkich oddziałów i poradni. Jednak wspaniała postawa wszystkich pracowników szpitala sprawiła, że udało nam się znacznie zminimalizować skutki deficytu personelu. W walce szpitala z epidemią bez wątpienia nieocenione jest zaangażowanie pracowników medycznych pracujących w niezwykle trudnych warunkach, często ponad siły. Warto zaznaczyć, że funkcjonowanie szpitala w okresie pandemii COVID-19 wiąże się z nieustającym **pouczaniem niepewności, wynikającym z faktu, iż trudno przewidzieć, w jakich warunkach szpital będzie działał przez kolejne dni**, jak wielu chorych będzie potrzebowało pomocy, jakie nowe obowiązki nałożą na szpital władze centralne.

Druga fala uderzeniowa wirusa, z którą mamy do czynienia od jesieni bieżącego roku, ujawniła się w znacznie większej skali liczonej w tysiącach przypadków dziennych zakażeń. W związku z ograniczoną liczbą personelu i nadmierną liczbą hospitalizowanych pacjentów, w tym również tych chorujących na COVID-19, rodzi to problemy związane z zapewnieniem w SPZOZ w Świdnicy ciągłości leczenia pacjentów, zarówno tych zakażonych koronawirusem, jak i tych cierpiących na inne schorzenia. Naturalnym efektem takiego stanu rzeczy są dziś niedobory wolnych łóżek, a możliwości przekazania pacjentów są praktycznie żadne. W takiej sytuacji mimo że szpital formalnie ma łóżka II poziomu zabezpieczenia covidowego, to na oddziałach specjalistycznych (ortopedia, chirurgia, kardiologia, neurologia) leczy pacjentów, dla których COVID-19 jest chorobą współistniejącą. Dobro pacjenta jest w takich przypadkach wartością nadrzędną, a czy będziemy w stanie otrzymać za tę pracę właściwą zapłatę, pozostaje niestety pod dużym znakiem zapytania. ■

**Grzegorz Kloc**

Dyrektor Regionalnego Szpitala Specjalistycznego Łatawiec w Świdnicy, członek Rady Naczelnej PFSZ



# Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie w trakcie pandemii COVID-19

Mimo że przyzwyczailiśmy się do corocznej mniejszej lub większej zachorowalności na grypę, fala pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 na trwałe zmieniła wiele obszarów aktywności każdego z nas, zarówno na gruncie rodzinnym, towarzyskim, społecznym, jak i zawodowym. W odniesieniu do kierowanego przeze mnie szpitala śmiało mogę powiedzieć, że decyzja wojewody warmińsko-mazurskiego o utworzeniu od podstaw oddziału dla osób zakażonych koronawirusem spadła na mnie oraz cały personel jak przysłowiowy grom z jasnego nieba. Trzy dni, bo tyle czasu dostaliśmy na przygotowanie oddziału, były dla nas nie tylko nie lada wyzwaniem, lecz także doskonałym sprawdzianem sprawności organizacyjnej. Jednocześnie z tymi działaniami, nazwijmy to organizacyjno-technicznymi, stanęliśmy w obliczu decyzji administracyjno-personalnych polegających na znalezieniu personelu medycznego dedykowanego na potrzeby nowego oddziału.

Przyznam, że rozmowy, które prowadziliśmy w tamtym wyjątkowym dla nas wszystkich czasie, nadal są przyczynkiem moich pogłębionych refleksji i jako dyrektora, i jako człowieka. Mogły być to przecież decyzje polecenia pracy po krótkich rozmowach czy negocjacjach. Jednak w zderzeniu z tak wieloma doświadczeniami z innych szpitali, wieloma jednostkowymi tragediami dotyczącymi właśnie personelu medycznego postanowiłam, że początkowo, zrozumiałym przecieź z ludzkiego punktu widzenia, opór wywołany lękiem musi samoistnie przerodzić się w odwagę

i oczekiwane od tej grupy zawodowej poczucie obowiązku służenia potrzebującym. Nie zawiodłam się.

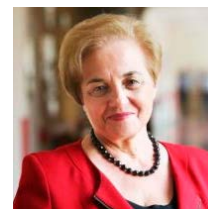
Te nowe doświadczenia są dla nas nieocenione. Oswojenie się, na ile jest to oczywiście możliwe, z sytuacją permanentnego stanu zagrożenia epidemiologicznego, nie zwalnia mnie i moich najbliższych współpracowników z podejmowania kolejnych, ważnych kroków na froncie walki z wirusem. Obecnie naszą szczególną uwagę kierujemy na ozdrowieńców i ich zróżnicowany stan zdrowia po chorobie: występujące u niektórych osób upośledzenie czynności wentylacyjnej płuc, zmniejszoną tolerancję wysiłku, osłabienie siły mięśni, podatność na infekcje i pojawienie się innych chorób współistniejących.

Opracowaliśmy i przedstawiliśmy oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu projekt kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad pacjentami po przebytych zakażeniu COVID-19. Proponowany model obejmuje, w zależności od stanu zdrowia pacjenta, opiekę lekarza pulmonologa w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dalsze postępowanie diagnostyczno-lecznicze na oddziale pulmonologicznym czy pobyt na oddziale rehabilitacji pulmonologicznej. Specjalnie na potrzeby tej grupy pacjentów personel oddziału oparł się na czterech modelach fizjoterapii oddechowej i ogólnoustrojowej, których podstawę stanowią ćwiczenia oddechowe, również takie, podczas których wykorzystywany jest sprzęt rehabilitacyjny. Uzupełnieniem ćwiczeń będą spacer, którym sprzyja szpitalne otoczenie

– kompleks leśny z przewagą sosnowego starodrzewu, z dala od zgiełku miasta.

Jednocześnie, w związku z posiadaną wiedzą na temat innych niż pulmonologiczne dolegliwości ozdrowieńców, zaproponowaliśmy, aby zapewnić wymagającym tego pacjentom konsultacje specjalistyczne z zakresu m.in. kardiologii i neurologii.

Trudny czas pandemii wymaga, jak nigdy wcześniej, wspólnego działania i troski o chorych. Z satysfakcją płynącą z dobrze wykonanego zadania, jakim było szybkie dostosowanie placówki do potrzeb pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, pragnę gorąco podziękować Marszałkowi i Wojewodzie. Dziękuję za wsparcie merytoryczne, organizacyjne i finansowe. Ta trójstronna współpraca stała się wyrazem wspólnej troski o mieszkańców Warmii i Mazur, umożliwiła szpitalowi objęcie specjalistyczną opieką medyczną chorych, a w niedalekiej przyszłości, mam nadzieję, także ozdrowieńców. I za to dziękuję także lekarzom, pielęgniarkom, personelowi pomocniczemu i pozostałym naszym pracownikom, którzy na co dzień pracują w moim szpitalu. Dziękuję Wam Wszystkim. ■



**Irena Petryna**  
dyrektor  
Samodzielnego  
Publicznego Zespołu  
Gruźlicy i Chorób Płuc  
w Olsztynie, członek  
Rady Naczelnej PFSz

## Dlaczego dołączyliśmy do Polskiej Federacji Szpitali?



**REMIGIUSZ  
PAWELCZAK**  
dyrektor SPZOZ  
w Szamotułach

SPZOZ w Szamotułach to drugi największy wielkopolski szpital na północ od Poznania. Pracuje u nas ponad 570 osób, w tym 320 na etatach. W jednostce funkcjonuje osiem oddziałów, 17 poradni specjalistycznych i pięć pracowników. Jesteśmy dumni ze szpitalnej diagnostyki – pracownia tomografii komputerowej wyposażona jest w 64-rzędowy tomograf, jeden z najnowocześniejszych w Wielkopolsce. Podjęliśmy decyzję o dołączeniu do Polskiej Federacji Szpitali, ponieważ sytuacja szpitali

jest coraz trudniejsza. Należy zwrócić szyki, aby być słyszalnym i osiągać wyznaczone wspólne cele.



**DR TOMASZ  
SKURA**  
prezes Zarządu  
Mazowieckiego Szpitala  
Specjalistycznego  
w Radomiu

Wstąpiliśmy w szeregi Polskiej Federacji Szpitali. To dla nas wielkie wyróżnienie. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu, którym zawiaduję, jest największą na południu Mazowsza placówką medyczną. To wielospecjalistyczny szpital z 21 oddziałami i 663 łóżkami. W naszych strukturach funk-

cjonują oddziały: kardiochirurgia, chirurgia dziecięca, pulmonologia i onkologia pulmonologiczna, neurochirurgia czy hematologia, których nie ma w innych placówkach medycznych w obrębie 100 km. Jako jedyni w naszym regionie mamy nowoczesną salę hybrydową, w której nasi lekarze wykonują skomplikowane zabiegi chirurgiczne. Ściśle współpracujemy z radomskim Uniwersytetem Technologiczno-Humanistycznym, gdzie kształcą się przyszli medycy. Wiemy, że członkostwo w PFSz pomoże nam jeszcze lepiej i efektywniej zarządzać naszą placówką, otworzy drzwi do wielu ważnych i decyzyjnych instytucji, poszerzy naszą wiedzę i zwiększy kompetencje poprzez szkolenia i konferencje. ■

# Szpital Rehabilitacyjny w Zakopanem w trakcie pandemii

Rok 2020 to wyjątkowo trudny czas dla jednostek ochrony zdrowia. Wszystkie podmioty lecznicze, nie tylko w Polsce, ale na całym świecie, musiały stanąć do walki z wirusem SARS-CoV-2. Wojewódzki

Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem odczuł to w sposób szczególny. Choć nie jest jednostką pierwszej linii frontu, to jednak dotykają go konsekwencje pandemii.

**A** tak dobrze ten 2020 r. się rozpoczął – dobry kontrakt z NFZ, szpital pełen pacjentów, zespół zaangażowany w rehabilitację leczniczą. Ale radość okazała się przedwczesna. Gdy w marcu pojawił się w Polsce pierwszy pacjent z COVID-19, pracowników opowiadał strach przed nieznanym. Każdy kolejny dzień zaczynał się od wymiana informacji – kto, co i gdzie usłyszał, przekazywano nowe doniesienia o wirusie, o zagrożeniach, o kolejnych zakażeniach. Trudno było opanować te emocje i właściwie zarządzać strachem w sytuacji, gdy dyrektor szpitala otrzymywał codziennie kolejny pakiet groźnie brzmiących obwieszczeń, zaleceń, rekomendacji. W tym chaosie informacyjnym trzeba było jednak pozyskiwać w gronie pracowników sojuszników, dzięki którym po opanowaniu emocji można było przyjmować kolejnych pacjentów, a jednocześnie tworzyć i wdrażać nowe procedury, zapewniające pracownikom i pacjentom pełne bezpieczeństwo. No i udało się – szpital potrafił zachować ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych w każdym zakresie. Można więc było poświęcić się walce (dosłownie) o zdrowie pacjentów. Prezes NFZ rekomendował zawieszenie lub znaczące ograniczenie świadczeń jedynie do osób, u których brak leczenia rehabilitacyjnego mógł grozić znacznym pogorszeniem stanu zdrowia, minister zdrowia apelował zaś do obywateli, by pozostawali w domu. W tej sytuacji wyłącznie dzięki determinacji dyrekcji szpitala, lekarzom, pielęgniarkom, fizjoterapeutom, ale i administracji w miarę płynnie udało się przejść pierwszy atak wirusa w okresie marzec–maj.

W kwietniu br. wirus dotarł do szpitala. Najpierw nieśmiało – pacjent był bezobjawowy, przyjęty w standardowy sposób, założono mu niezbędną dokumentację medyczną i przeprowadzono wywiad epidemiologiczny. Nic nie zapowiadało kłopotów. Jednak szósty zmysł lekarza podpowiedział, by pacjentowi zrobić test RT-PCR, a jego samego izolować do czasu otrzymania wyniku. Już po 48 godzinach, zamiast obiecanych 24 godzin, znaleźliśmy wynik – pacjent był pozytywny. No i przyszło nam się zmierzyć po raz pierwszy z wirusem, bezpośrednio. Zespół ds. zakażeń sięgnął do opracowanych na tę okoliczność procedur, grzał się telefon do stacji sanitarno-epidemiologicznej. A pytań było bez liku – o bezpieczeństwo pracowników, kto miał bezpośredni czy pośredni kontakt z pacjentem, kto winien podlegać kwarantannie czy izolacji, gdzie przekazać pacjenta z COVID-19, komu jeszcze należy pobrać wymazy do testów. Tu już skończyła się teoria tworzenia zasad, to była walka na pierwszej linii. Walka szczególnie trudna, bo dla służb sanitarno-epidemiologicznych to też był pierwszy przypadek. Kierował więc na kwarantannę nie tylko pracowników wskazanych przez pielęgniarkę epidemiologiczną, ale także osoby, które same zadzwoniły, informując, że przechodziły korytarzem koło sali z chorym pacjentem. Rodziło to spięcia z dyrektor szpi-

tala, która uważała, że to ona odpowiada za organizację pracy placówki i to ona wskazuje osoby, które mogły mieć kontakt z wirusem. W miarę szybko wszyscy zrozumieli, że warto ściśle współpracować z dyrekcją szpitala. A dodatkowo urywały się telefony od zaniepokojonych o pacjentów rodzin, pojawił strach u pracowników. No i gratka dla prasy – to pierwszy przypadek COVID-19 w szpitalu na terenie Zakopanego. Z perspektywy czasu, gdy powiat tatrzański dotknięty już został setkami (tysiącami?) przypadków zakażeń, ten pierwszy przypadek wydaje się zabawny – ale wtedy nie było nam do śmiechu.

Z czasem liczba pacjentów chcących podjąć stacjonarne leczenie rehabilitacyjne zaczęła maleć, by w najgorszym okresie osiągnąć 40% obłożenia łóżek. Główny powód to strach przed zakażeniem – pacjenci albo rezygnowali z leczenia, albo masowo występowali o przesunięcie jego terminu. Okazało się, że apel „zostań w domu” dotarł do adresatów. Ale dla szpitala nie był to okres bezczynności. Nieustannie trwały żmudne pozyskiwanie niezbędnych środków ochrony osobistej i środków dezynfekcyjnych. Realnym wsparciem w tych zabiegach były środki z Małopolskiej Tarczy Antykryzysowej – Pakiet Medyczny.

Gdy ustał często dezinformujący szum medialny, rozpoczęto w szpitalu trwającą od czerwca br. odbudowę kontraktu. Jest to proces trwający kilka miesięcy, wymagający setek kontaktów z oczekującymi pacjentami. I wreszcie drgnęło – pacjenci zaczęli przyjeżdżać. Również pracownicy nauczyli się nowej organizacji pracy, zapewniającej pełne bezpieczeństwo epidemiologiczne podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

I wtedy, w październiku br., przyszło mocne uderzenie. Zaczęło się od pracowników – i od razu w dochodzeniu epidemiologicznym zrodziło się pytanie: gdzie jest źródło zakażenia? Gdy już ustalono zewnętrzne źródło zakażenia (odbiór chorego członka rodziny z innego szpitala), ujawnił się kolejny zakażony pracownik. Tym razem źródłem był chór kościelny. Następny zakażony pracownik jeździł tylko w czasie urlopu na rowerze. W stosunku do zakażonych zastosowano więc samoizolację, kwarantannę, wreszcie leczenie w szpitalu covidowym. Z czasem w województwie małopolskim otwarte zostało izolatorium, co w pewnym stopniu ułatwiło poszukiwania możliwości izolacji.

A w szpitalu? Gdy dzięki ogromnym staraniom osiągnięto wreszcie pełne obłożenie łóżek, kolejny bezobjawowy pacjent ma pozytywny wynik testu. Bogatsi o wiosenne doświadczenia już wiemy, co robić – izolację, kwarantannę, testy u pacjentów, którzy mogli mieć kontakt z zakażonym. To co wtedy nastąpiło, przypominało huragan. W krótkim czasie odnotowano 91 pozytywnych wyników testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 u pacjentów, którzy przyjechali z całej Polski. Decyzje lekarzy o wysłaniu niektórych pacjentów do szpitali covidowych zderzały się z brakiem miejsc w tych placówkach. Z kolei od pacjentów kierowanych do izolatorium wymagano samodzielności, a ponieważ w budynku nie było wind, musieli pieszo pokonywać piętra. Jak to pogodzić z sytuacją, gdy większość pacjentów naszego szpitala rehabilitacyjnego nie spełnia tych wymogów? Nie trafiają do nas bowiem pacjenci zdrowi, sprawni fizycznie, bez schorzeń współistniejących. No więc izolacja domowa – ale kto odbierze pacjenta: rodzina czy zamawiać transport covidowy? Telefony, telefony, telefony i czekanie na transport. Pierwszą linię frontu stanowiły cudowne pielęgniarki oddziałowe, zespół ds. zakażeń i pewna swych decyzji pielęgniarka epidemiologiczna.

W ciągu tygodnia szpital prawie opustoszał – 120 pacjentów musiało opuścić placówkę, przerywając leczenie rehabilitacyjne. Niektórzy z pacjentów czuli smutek i niepewność i zastanawiali się, czy będą mogli wrócić i dokończyć leczenie, inni czuli przerażenie i pytali, co będzie dalej. Szpitalni psycholodzy mieli pełne ręce pracy – łagodzenie stresu,



nauka radzenia sobie ze strachem i utwierdzanie pacjentów w myśleniu, że będzie dobrze.

Szczęściem szpitali wojewódzkich było nieocenione wsparcie marszałka województwa małopolskiego. Dzięki temu pojawiły się znaczne środki finansowe na zakup dodatkowego sprzętu, aparatury medycznej, środków ochrony osobistej.

Nie mogliśmy jednak liczyć na wsparcie z każdej strony. Decyzjami wojewody małopolskiego na wszystkie szpitale nałożono obowiązek uruchomienia łóżek dla pacjentów z COVID-19. Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny otrzymuje polecenie – od 2 listopada 2020 r. udostępnić 10 łóżek dla pacjentów z COVID-19 oraz 6 łóżek obserwacyjnych. Niemal natychmiast decyzja się zmienia – tym razem 43 łóżka covidowe i 10 łóżek obserwacyjnych. Tylko jak to zrobić? Nie ma możliwości zapewnienia tlenoterapii na 43 stanowiskach, nie ma łóżek respiratorowych (nie ma zresztą ani respiratorów, ani anestezjologów, ani pielęgniarek anestezjologicznych). Mimo gotowości do walki z COVID-19 dyrektor szpitala przy wsparciu załogi odwołuje się od decyzji wojewody. Skutecznie – mamy zorganizować sześć łóżek obserwacyjnych.

Próbujemy pracować normalnie, ale to tylko pozory. Hasła ministra zdrowia „zostań w domu”, ograniczenie rehabilitacji leczniczej tylko do przypadków, gdy jej brak może wpłynąć istotnie na pogorszenie stanu zdrowia, powodują, że obłożenie łóżek waha się na poziomie ok. 50% możliwości. Wracają masowo wnioski pacjentów o przesunięcie terminu leczenia na okres po pandemii (kiedy to nastąpi?). Teraz jest groźny wirus, a inne choroby – cóż, czekają.

Na te problemy nakładają się niepewności związane z sytuacją ekonomiczną szpitala – jak zbilansować rok 2020, jak zaplanować 2021? NFZ stoi na stanowisku, że w pierwszej połowie 2021 r. szpitale winny odpracować niezawinione przez nich niewykonania z bieżącego roku. Tylko jak dostawić do istniejących 200 kolejne 60 łóżek? To zadanie z gatunku niewykonalnych. To bowiem nie tylko brak pomieszczeń, ale, co najważniejsze, brak możliwości określenia terminu zakończenia pandemii i ponownego masowego zainteresowania pacjentów rozpoczęciem leczenia. Kolejne wystąpienia do NFZ o zmianę stanowiska na razie nie przynoszą efektów. Pacjenci nadal więc czekają na bezpieczne świadczenia zdrowotne. Pracownicy szpitala są gotowi, ale oczekują zapewnienia bezpieczeństwa ekonomicznego. Bardzo trudny rok 2020 dobiega końca, ale nowy 2021 r. nie zapowiada się niestety lepiej.

Do szpitala zaczynają trafiać pacjenci po przebytej chorobie COVID-19. Jest to szczególnie grupa chorych, wymagająca stosowania poszerzonych działań terapeutycznych. Z naszych obserwacji i nabytego już doświadczenia wynika, że są to pacjenci z niewydolnością oddechową i ogólnym osłabieniem, z zaburzeniami żywieniowymi, wymagający tlenoterapii i leczenia przeciwzakrzepowego. Niektórzy potrzebują pomocy w usprawnieniu ruchowym po kilku- czy kilkunastodniowym unieruchomieniu w łóżku. Do tego dochodzą dotychczas leczone schorzenia przewlekłe. Oznacza to, że takich pacjentów należy otoczyć interdyscyplinarną opieką lekarską pulmonologów, kardiologów, internistów, psychologów.

I to powinien mieć na uwadze Narodowy Fundusz Zdrowia. Należy opracować powszechnie dostępny katalog świadczeń zdrowotnych. Pozostawienie tak specjalistycznego leczenia pocovidowego w jednym ośrodku w kraju jest wysoce niewystarczające. Nie czekając na opracowanie odpowiednich przepisów, umożliwiających leczenie rehabilitacyjne osób po przebytej chorobie COVID-19, nasz szpital, korzystając z wiedzy i doświadczenia specjalistycznej kadry medycznej oraz w trosce o tę kategorię pacjentów, wdrożył udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszerzonym zakresie.

Życzymy więc sobie na przyszłość zdrowia i optymizmu. ■



**Krystyna Walendowicz**  
dyrektor Wojewódzkiego Szpitala  
Rehabilitacyjnego im. dr. S. Jasińskiego  
w Zakopanem, członek Rady Naczelnej PFSZ



## AKCJA NIEBOJSIESZPITALA: INFORMACJA

# Nie bój się szpitala

**P**olska Federacja Szpitali prowadzi akcję „Nie bój się szpitala” (#niebojsieszpitala). Na czym ona polega?

– Chodzi nam o to, by pokazać pacjentom dobre praktyki w polskich szpitalach, które zmniejszają niebezpieczeństwo zakażenia koronawirusem. Udowadniamy chorym, że mogą się czuć bezpiecznie – mówi prof. Jarosław J. Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali. – Akcja nie ma na celu zachęcenia pacjentów do tłumnego, jednoczesnego zgłaszania się na szpitalne oddziały ratunkowe, ale do kontaktu ze swoim lekarzem prowadzącym, do zaufania szpitalnym procedurom – tak, aby było bezpiecznie i dla nich, i dla nas – dodaje.

Polska Federacja Szpitali prezentuje filmy nagrane przez dyrektorów szpitali, które pokazują dobre praktyki.

– Pokazujemy pacjentom, jaką technologię wprowadziliśmy do szpitali: urządzenia odkażające, szafy parowe, nowoczesne oczyszczacze powietrza, środki ochrony. Staramy się zachęcić pacjentów, aby stopniowo wracali, zamiast przekładać i odwlekać w dalszym ciągu procedury, które mogłyby się nieestety zakończyć negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi – wyjaśnia prezes Fedorowski.

Projekt jest realizowany cały czas, na bieżąco publikujemy filmy, jakie dostajemy od szpitali. Grupa docelowa to pacjenci, którzy mieli zaplanowane wizyty na zabiegi planowe w szpitalach, a w związku z COVID-19 boją się z zabiegów korzystać, poza miejscami, gdzie odgórnie wstrzymane jest przyjmowanie pacjentów ze względu na kwarantannę personelu, czyli braki kadrowe.

Akcja „Nie bój się szpitala” zainicjowana przez Polską Federację Szpitali ma na celu łagodzenie NADMIERNYCH obaw pacjentów w dobie COVID-19, z powodu których konieczne z przyczyn zdrowotnych procedury medyczne mogłyby nie zostać wykonane lub też byłyby wykonane zbyt późno.

Akcja realizowana jest m.in. poprzez:

- informowanie o dobrych praktykach wdrożonych przez dyrektorów polskich szpitali we współpracy z kadrą medyczną i administracyjną,
- pokazywanie innowacyjnych technologii zwiększających bezpieczeństwo pacjentów zgłaszających się do szpitali,
- współpracę z uczestnikami systemu ochrony zdrowia, którym zależy na bezpiecznych oraz w odpowiednim czasie wykonanych diagnostyce oraz leczeniu szpitalnym pacjentów,
- działania o charakterze informacyjnym oraz edukacyjnym na rzecz bezpiecznego wznawiania pełnej działalności szpitali,
- propagowanie dostępności nowoczesnych metod zapobiegania zakażeniom w szpitalach, w tym dostępności wysokiej jakości testów laboratoryjnych do diagnostyki patogenów, a szczególnie koronawirusa powodującego chorobę COVID-19,
- działania na rzecz utrzymania jak najlepszej kondycji finansowej polskich szpitali na etapie „odmrażania gospodarki”. ■

# Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu w okresie pandemii

Tak jak większość szpitali w Polsce, również USK w Opolu dotyczy problem epidemii SARS-CoV-2, która w sposób zasadniczy wpłynęła na jego funkcjonowanie. Kiedy tylko pojawili się pacjenci zakażeni SARS-CoV-2, Komitet Kontroli Zakażeń natychmiast zintensyfikował swoje działania i rozpoczął stały monitoring sytuacji epidemicznej.

**W**prowadzone zostały codzienne spotkania kadry kierowniczej z zespołem, podczas których omawiane są wszystkie istotne kłopoty oraz na bieżąco wypracowywane są wytyczne, które dostosowywałyby szpital do zmieniającej się sytuacji epidemicznej. Dzięki ciągłej pracy Komitetu Kontroli Zakażeń zapewnione zostało pełne monitorowanie zachorowań na COVID-19 i zakażeń koronawirusem pacjentów, jak i personelu USK w Opolu. Zostały opracowane i wdrożone procedury, instrukcje oraz zalecenia dla pracowników, pacjentów, studentów i osób odwiedzających. Wprowadzone zostało monitorowanie wejść wszystkich osób wchodzących do szpitala oraz wyznaczono cztery niezależne wejścia do budynku szpitala (pacjenci, pracownicy, SOR, COVID-19), w wyniku czego wszystkie osoby podejrzane lub zakażone kierowane były do wejścia COVID-19. Doposażyliśmy szpital w dozowniki manualne i bezdotykowe na środki dezynfekcyjne, środki ochrony osobistej, ale również tak potrzebne dzisiaj respiratory, komory transportowe czy aparat ECMO. Utworzyliśmy punkty pobrania wymazów w kierunku COVID-19 dla pracowników, pacjentów, opiekunów, studentów, stażystów, wprowadziliśmy również systematyczne badania personelu oraz pacjentów USK w Opolu w kierunku COVID-19. Uruchowienie całodobowej diagnostyki w kierunku COVID-19 w Zakładzie Mikrobiologii umożliwiło nam stosowanie natychmiastowych badań w kierunku COVID-19, tj. dla pacjentów urazowych i wymagających natychmiastowej interwencji medycznej. W początkowej fazie zawiesiliśmy działalność planową, a personel pracował w systemie naprzemiennym, aby zagwarantować ciągłość pracy szpitala. Gdy zmniejszyła się liczba zakażeń, wprowadziliśmy zasady izolacji domowej oraz badania w kierunku COVID-19 dla pacjentów planowych, co umożliwiło nam szybki powrót do działalności planowej szpitala.

W pierwszym etapie epidemii wojewoda nie wyznaczył naszego szpitala do walki z COVID-19, wskazując, iż USK w Opolu, posiadając jedyne w województwie oddziały wysokospecjalistyczne, winien zabezpieczać pacjentów niezarażonych.

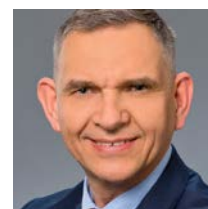
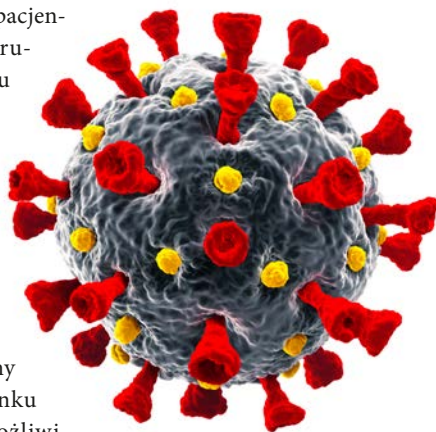
W związku ze zwiększoną liczbą zakażeń w województwie opolskim przeprowadziliśmy adaptację stołówki na odcinek izolacyjny w strukturach SOR-u dla pacjentów oczekujących na wynik w kierunku COVID-19, podejrzanych lub potwierdzonych. Powstały w tej części dwa stanowiska reanimacyjne, sześć obserwacyjnych dla dorosłych i trzy stanowiska obserwacyjne dla dzieci. Jesienią dość szybko wszystkie miejsca zajęli pacjenci zakażeni koronawirusem, dlatego z uwagi na trudności z przekazywaniem pacjentów zakażonych do szpitali wskazanych przez wojewodę do leczenia pacjentów z COVID-19, utworzona została centralna izolatka szpitala na bazie Oddziału Chirurgii

Dziecięcej (sam oddział został przeniesiony w inne miejsce), w której to hospitalizowani są pacjenci z COVID-19. Wprowadzenie specjalnej strefy dla pacjentów z COVID-19 poprawiło bezpieczeństwo pracowników i pacjentów w całym szpitalu. Ponieważ oddział był niedostosowany do takiej funkcji, zmuszeni byliśmy do prac adaptacyjnych, dzięki którym utworzona strefa jest w pełni bezpieczna.

W pierwszym etapie posiadane zasoby środków ochrony indywidualnej pomimo sporych zapasów dosyć szybko zaczęły topnieć, natomiast uzupełnianie stało się niezwykle kosztowne, gdyż ceny osiągnęły niewyobrażalne wręcz poziomy. Na szczęście w ramach pomocy szpitalom zgłaszały się do nas różne firmy, które oferowały pomoc: od przekazywania maseczek jednorazowych, przyłbic, środków finansowych, po specjalistyczne oczyszczacze powietrza COWAY czy samochód Toyota, który natychmiast został wykorzystany do przewożenia próbek. Wszystkie te działania zostały wsparte również środkami finansowymi z Regionalnego Programu Operacyjnego przez Samorząd Województwa Opolskiego, rezerwy wojewody opolskiego, jak i licznych darczyńców, bez których nie byłibyśmy w stanie odpowiednio się zabezpieczyć.

Obecnie powróciliśmy do systemu pracy naprzemiennego, ograniczyliśmy działalność planową, natomiast w przypadku pojawiania się lokalnych ognisk epidemicznych natychmiast izolujemy zakażone osoby w taki sposób, aby nie zamykać działalności poszczególnych oddziałów szpitalnych.

Nasz szpital zaczął pełnić również funkcję w zabezpieczeniu i leczeniu pacjentów z COVID-19 na III poziomie, dodatkowo minister zdrowia powierzył nam utworzenie szpitala tymczasowego na 150 łóżek COVID-19, w tym 38 OiOM. W związku z powyższym stoimy przed ogromnym wyzwaniem zgromadzenia odpowiedniej aparatury oraz – co najważniejsze – personelu. Prowadzimy intensywną rekrutację, lecz nadal nie mamy zespołu, który mógłby podjąć pracę w szpitalu tymczasowym. Zgłaszają się do nas lekarze z wschodniej granicy, lecz nie ma nadal wdrożonej szybkiej ścieżki sprowadzania specjalistów z zagranicy. ■



**Dariusz Madera**  
dyrektor USK  
w Opolu,  
członek Rady  
Naczelnej PFSz



# Szpitala dziecięce w trakcie pandemii



Pandemia zakaźnej choroby COVID-19 wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 zburzyła porządek świata zarówno w sferze ochrony zdrowia, gospodarki, edukacji, jak i życia społecznego. System polskiej ochrony zdrowia również został wystawiony na próbę.

Przed wszystkimi uczestnikami systemu ochrony zdrowia postawione zostało wyzwanie radzenia sobie w nowej, nieznanej dotychczas sytuacji.

Odpowiedzią na zmieniającą się dynamikę pandemii i różnorodne jej symptomy jest próba elastycznego reagowania i dostosowania systemu ochrony zdrowia zarówno w skali makro, jak i w skali mikro. Przejawia się to w implementacji nowych, często zmieniających się przepisów, standardów, wytycznych na gruncie podmiotów leczniczych i instytucji nadzorczych oraz podmiotów realizujących zadania o charakterze komplementarnym w procesie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego

pacjentów. Chaos, napięcie i brak przejrzystości to zjawiska towarzyszące działaniom ukierunkowanym na zwalczanie pandemii. Doświadczenie ostatnich miesięcy pokazuje, że z najtrudniejszymi wyzwaniami przyszło zmierzyć się podmiotom leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów dorosłych. Zadanie walki z COVID-19, w tym przekształcanie szpitali czy oddziałów w jednostki covidowe, skutkuje dojmującym ograniczeniem dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z innymi schorzeniami, a w konsekwencji rosnącą liczbą zgonów. W opiece pediatrycznej mamy do czynienia z nieco innymi problemami. Zachorowania na COVID-19 wśród dzieci nie dominują, lecz zapewnienie ciągłości pracy szpitali przy zachowaniu bezpieczeństwa pacjentów i personelu okazało się ogromnym wyzwaniem, choćby z powodu zmasowanej absencji pracowników pozostających w izolacji czy też objętych kwarantanną. Inną zasługującą na uwagę kwestią idącą w parze z procesami terapeutycznymi jest formalno-organizacyjna strona funkcjonowania szpitali pediatrycznych funkcjonujących w warunkach pandemii, w kontekście wypracowania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zmniejszona liczba pacjentów zgłaszających się do szpitali oraz do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a także rekomendowane przez organy centralne ograniczenia w zakresie realizacji planowych świadczeń zdrowotnych, tj. operacje, zabiegi czy też świadczenia rehabilitacyjne, mają odzwierciedlenie w obniżonym poziomie wykonanych kontraktów w stosunku do analogicznego okresu roku ubiegłego. Przed nami więc wyzwanie reorganizacji pracy umożliwiającej utrzymanie co najmniej dotychczasowego poziomu finansowania. Kolejne fazy pandemii, z którymi przychodzi nam się mierzyć, są bez wątpienia papierkiem lakmusowym weryfikującym prawdziwe intencje, zaangażowanie, predyspozycje zawodowe i umiejętności, a także gotowość do zarządzania zmianą. ■



Izabela Marcewicz-Jendrysik  
dyrektor Warszawskiego Szpitala dla Dzieci,  
członek Rady Naczelnej PFSZ

## Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu o sytuacji wynikającej z pandemii



**E**pidemia trwa. Cały czas walczymy. Dziś jesteśmy mądrzejsi o doświadczenia z tzw. pierwszej fali. A początki były bardzo trudne. Brakowało nam środków ochrony osobistej, brakowało personelu medycznego. Staraliśmy się o każdą maseczkę, każdy fartuch, o każdą parę rąk do pracy. Borykaliśmy się z zakażeniami wśród pacjentów i personelu. Ale były też miłe momenty. Otrzymaliśmy ogromną pomoc od lokalnych przedsiębiorców, osób prywatnych, które w ramach darowizn przekazywały nam środki ochrony indywidualnej, artykuły spożywcze, gotowały i przywoziły naszemu personelowi obiady – ta pomoc była dla nas nieoceniona. Bardzo za

nią dziękujemy. Mimo wielu trudności nie poddaliśmy się. Działamy. Dziś nadal leczymy pacjentów z innymi chorobami niż COVID-19, ale także tych, których dopadł koronawirus. Chcemy być krok przed wirusem. Mocujemy się z problemami dnia codziennego. Staramy się jak najlepiej i najskuteczniej spełniać swoją misję, która brzmi „Przywrócić zdrowie, ulżyć w cierpieniu”. W czasie pandemii nie jest to łatwe, ale wierzę, że wygramy tę wojnę dzięki wspólnym wysiłkom, zaangażowaniu i profesjonalizmowi pracowników naszego szpitala – mówi dr Tomasz Skura, prezes Zarządu Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu. ■

# Studenci zdrowia publicznego w walce z pandemią COVID-19



Pandemia COVID-19 uwidoczniła kryzys kadrowy w ochronie zdrowia. Brakuje już nie tylko lekarzy czy pielęgniarek, ale także wykwalifikowanych pracowników administracji.

**Z** inicjatywy prof. Jarosława J. Fedorowskiego podjęłam się poprowadzenia kolejnego projektu mającego wspomóc polskie szpitale i jednostki sektora ochrony zdrowia. Jako absolwentka kierunku zdrowie publiczne wiem, jak bardzo ten profil studiów bywa jeszcze w Polsce niedoceniony, stąd pomysł na zorganizowanie w czasie pandemii akcji wsparcia właśnie przez studentów i absolwentów zdrowia publicznego. Akcja ruszyła w kwietniu. Wzięło w niej udział 116 osób, które zaangażowały się w pomoc w NFZ, GIS, WSSE, PSSE.

Wiosną do centrali NFZ zgłosiła się Polska Federacja Szpitali z propozycją pomocy i współpracy. Jako że w trakcie wiosennej fali COVID-19 Telefoniczna Informacja Pacjenta była nadmiernie obciążona połączeniami przychodzącymi, NFZ z chęcią przyjął propozycję PFSz. W tamtym gorącym okresie każda para rąk do pracy była na wagę złota. Dlatego chętnych do pomocy wolontariuszy zaangażowaliśmy właśnie do wsparcia TIP. TIP jest wspólną infolinią dla NFZ i Rzecznika Praw Pacjenta dostępną dla pacjentów przez całą dobę siedem dni w tygodniu. Konsultanci TIP udzielają informacji, jak postępować w sytuacji podejrzenia o zakażenie koronawirusem. Informują też, gdzie najszybciej można znaleźć pomoc medyczną, jak otrzymać kartę EKUZ, o prawach, które przysługują osobie ubezpieczonej, jak zgłosić naruszenie praw pacjenta, jakich formalności dopełnić oraz co zrobić, aby skorzystać z leczenia uzdrowiskowego. Warun-

kiem do obsługi infolinii przez wolontariuszy było stałe łącze i dostęp do Internetu. Wolontariusze mieli zapewniony elastyczny czas pracy, zostali merytorycznie przeszkoleni oraz dostarczano im stale aktualizowane skrypty – takie same jak dla wszystkich konsultantów TIP. W okresie od maja do sierpnia pomagało 22 studentów oraz absolwentów kierunków medycznych. Na infolinii przepracowali ponad 817 godzin. Również teraz, jesienią nawiązaliśmy współpracę z PFSz – mówi Justyna Kuczma z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Oto wypowiedź studentki zaangażowanej w pomoc w PSSE w Poznaniu: Zakres wykonywanych przeze mnie zadań dotyczył głównie czynności bieżących związanych z działaniami przeciwepidemicznymi i obejmował m.in.: telefoniczne przeprowadzanie wywiadów epidemiologicznych z pacjentami z podejrzeniem o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, obsługę wewnętrznych systemów jednostki (wprowadzanie i weryfikacja danych pacjentów dotyczących wyników badań laboratoryjnych, odbywanej kwarantanny lub izolacji) oraz pełnienie dyżuru telefonicznego, podczas którego udzielane są porady pacjentom w kwestiach związanych z SARS-CoV-2 i COVID-19, także w sytuacjach alarmowych. Czas wolontariatu wspominam bardzo dobrze, a współpraca przebiegała bezproblemowo. Dużą zaletą było przyjazne podejście do studentów, dzięki czemu atmosfera, mimo nadzwyczajnych warunków, sprzyjała pracy. Podczas wykonywania zleconych czynności lub wystąpienia jakichkolwiek

problemów zawsze mogłam liczyć na rzeczową pomoc i wsparcie pracowników jednostki. Warto wspomnieć również, że podczas wolontariatu wraz z innymi studentkami otrzymywałyśmy od kierownictwa Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu ciepłe posiłki – mówi Zuzanna Jaroszyńska, studentka II roku studiów drugiego stopnia, kierunek zdrowie publiczne.

A oto opinia studentki zaangażowanej do pracy w Telefonicznej Informacji Pacjenta NFZ: Do moich zadań należało prowadzenie rozmów telefonicznych, czatów, udzielanie porad psychologicznych, a także przygotowywanie materiałów i zestawień związanych z funkcjonowaniem Telefonicznej Informacji Pacjenta. Świadczenia te były wykonywane zdalnie za pośrednictwem moich urzędzeń. Przed przystąpieniem do obsługi infolinii NFZ zostałam przeszkolona w zakresie niezbędnym do wykonywania przedmiotu umowy zawartego z Centralą NFZ. Ponadto otrzymałam skrypt umożliwiający odpowiednie prowadzenie rozmów oraz informacje konieczne do przygotowywania materiałów i zestawień związanych z funkcjonowaniem TIP. Dzięki tak bogatemu doświadczeniu zrozumiałam, jak wymagająca jest praca w instytucjach państwowych, szczególnie tych, które są odpowiedzialne za świadczenie usług zdrowotnych. Niestety zdarzało się, że czułam się przytłoczona biurokracją, często towarzyszyły mi obawy, że robię coś niewystarczająco dobrze. Pozornie łatwe zajęcie, jakim jest obsługa TIP, okazywało się niekiedy trudne i codziennie trzeba było odświeżać swoją wiedzę, doskonalić umiejętności interpersonalne, zdobywać kompetencje społeczne oraz odwoływać się do inteligencji emocjonalnej – relacjonuje Aleksandra Kurowska, studentka zdrowia publicznego drugiego roku na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. To tylko niektóre opinie przesłane przez wolontariuszy. Często odbierałam od nich telefony. Dzwonili, by się poradzić, co mają robić, jak rozmawiać, szukali wsparcia. Często dziękowali za szansę, której dotąd nie dostawali. Głęboko wierzę, że kierunek zdrowie publiczne zostanie teraz doceniony i będzie to jedna z pozytywnych zmian wynikających z trwającej pandemii. ■



**Urszula Szybownic**  
mgr zdrowia publicznego,  
menedżer projektów PFSz





## POLSKA FEDERACJA SZPITALI I SZTUCZNA INTELIGENCJA W OCHRONIE ZDROWIA

# AI w zdrowiu

Polska Federacja Szpitali (PFSz) działa bardzo aktywnie w obszarze innowacji w medycynie. Jedną z rewolucyjnych technologii, która ma szansę zmienić sektor ochrony zdrowia, jest sztuczna inteligencja.

**W** obliczu znaczących zmian, jakie zachodzą w medycynie za sprawą AI już dzisiaj i jakie mają szansę zadziać się w niedalekiej przyszłości, PFSz angażuje się w sprawy legislacyjne i edukacyjne związane ze sztuczną inteligencją. Ze względu na to, że głównym blokerem przy tworzeniu medycznych algorytmów AI jest niestandardny bądź nieokreślony otoczenie regulacyjne w zakresie dostępu do danych medycznych, PFSz podejmuje działania również w tej kwestii.

### KOALICJA AI W ZDROWIU

Polska Federacja Szpitali jest jednym z inicjatorów Koalicji AI w zdrowiu – nieformalnej grupy roboczej, która zrzesza znaczących interesariuszy ochrony zdrowia zainteresowanych sztuczną inteligencją. W jej ramach działają m.in. największe firmy technologiczne, informatyczne, farmaceutyczne czy sieci podmiotów leczniczych. Koalicja współpracuje ściśle ze stroną publiczną i koordynuje działania związane z wdrażaniem AI w polskiej medycynie. W bieżącym roku, dzięki współpracy Koalicji i Kancelarii DZP, powstał raport nt. dostępu do danych medycznych, również w kontekście rozwoju sztucznej inteligencji. W raporcie wymienione są główne blokery legislacyjne, a także proponowane działania mające na celu stworzenie transparentnych rozwiązań regulujących dostęp do danych medycznych w sposób transparentny, bezpieczny dla pacjenta i stymulujący rozwój nowych technologii. Pełny raport można pobrać ze strony Pfsz.org.

### AI HLEG DS. ZDROWIA, KOMISJA EUROPEJSKA

W drugim kwartale br. Ligia Kornowska, dyrektor zarządzająca PFSz, jako jedyna reprezentantka z Polski brała udział w spotkaniach grupy roboczej ds. zdrowia AI High Level Expert Group Komisji Europej-

skiej. Na spotkaniu omawiane były odrębności sektora ochrony zdrowia w porównaniu z innymi sektorami, jeśli chodzi o wykorzystanie sztucznej inteligencji. Postulatem PFSz było stworzenie dokumentu dotyczącego stricto rozwoju AI w ochronie zdrowia w Unii Europejskiej – obecnie istnieją tylko horyzontalne polityki AI.

### PROGRAM OTWIERANIA DANYCH NA LATA 2021–2027

Polska Federacja Szpitali, jako podmiot reprezentujący Koalicję AI w zdrowiu, uczestniczyła w prekonsultacjach społecznych projektu „Programu otwierania danych na lata 2021–2027”.

W przesłanym we wrześniu stanowisku zwracaliśmy uwagę na:

- brak uwzględnienia w projekcie sektora ochrony zdrowia,
- niewykorzystany potencjał danych medycznych,
- potrzebę wykorzystania danych medycznych z poszanowaniem praw pacjenta,
- rozwój idei dawstwa danych,
- potrzebę opracowania rekomendacji tworzenia otwartych danych dla sektora ochrony zdrowia,
- uwzględnienie sektora ochrony zdrowia w procesie konsultacji,
- stworzenie standardów anonimizacji dla danych medycznych,
- eliminację ograniczeń podmiotowych w definicji danych badawczych,
- współpracę z interesariuszami sektora ochrony zdrowia,
- uwzględnienie personelu medycznego w procesie edukacji.

Pełne stanowisko znajduje się na stronie PFSz.

### STRATEGIA E-ZDROWIA NA LATA 2021–2026

Centrum e-Zdrowia tworzy obecnie strategiczny dokument mający określać kierunki i podejmowane kroki w dalszym rozwoju cyfryzacji ochrony zdrowia. Jednym z pięciu rozdziałów tego dokumentu jest „Sztuczna inteligencja i Big Data”. Ligia Kornowska, dyrektor zarządzająca PFSz i koordynatorka Koalicji AI w zdrowiu, jest liderką tego przedsięwzięcia. W ramach 20-osobowego zespołu, we współpracy z CeZ, powstaje diagnoza stanu obecnego, cele i konkretne działania zaplanowane na następne 5 lat. Strategia ta ma szansę stać się dokumentem nadrzędnym w zakresie cyfryzacji ochrony zdrowia i uporządkować zasady korzystania ze sztucznej inteligencji w zdrowiu. ■



Ligia Kornowska,  
dyrektor zarządzająca  
PFSz



# Stanowiska Polskiej Federacji Szpitali w 2020 r.

**W** 2020 r. Polska Federacja Szpitali była aktywna m.in. poprzez zajmowanie stanowisk i przygotowywanie opinii aktów prawnych:

1. W związku z opublikowanym **Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem** Polska Federacja Szpitali zwróciła się do Głównego Inspektora Sanitarnego o spójne wytyczne postępowania na etapie „odmrażania” działalności szpitali (pismo do GIS skierowane drogą elektroniczną 6 maja 2020 r.).

W przesłanym stanowisku podkreślono konieczność wypracowania mechanizmu, który zapewni aktualność i spójność zaleceń oraz wytycznych przedstawicieli poszczególnych specjalizacji lekarskich, w tym szczególnie konsultantów krajowych. Podkreślono również konieczność ujednolicenia takich zaleceń na poziomie Głównej Inspekcji

Sanitarnej, tak aby stały się one wykładnią dla dyrektorów podmiotów leczniczych oraz dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Stosowanie się do wytycznych, np. w obszarze stosowania konkretnego rodzaju środków ochrony osobistej personelu czy określonego schematu testowania lub badania pacjentów, ma także określone konsekwencje finansowe zarówno dla szpitali, jak i dla całego systemu ochrony zdrowia.

2. **Pracodawcy RP wystąpili do Ministra Zdrowia o nowelizację Rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.**
3. **Postulat Polskiej Federacji Szpitali zgłoszony na posiedzenie Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia dotyczący „Opracowania spójnych wytycznych postępowania, szczególnie na obecnym etapie stopniowego powracania do wznowienia pełnej działalności podmiotów leczniczych”.**
4. **Stanowisko Polskiej Federacji Szpitali w sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 maja 2020 r. dotyczącego wysokości**





#### zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów.

„Jak sam projektodawca stwierdza, konieczność wydania tego Rozporządzenia wynika z przepisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Podwyżka ta jest koniecznością wykonania upoważnienia ustawowego, które mówi, że w 2020 r. kwota wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację i zatrudnionych w podmiotach leczniczych musi wynikać z iloczynu współczynnika pracy właściwego dla lekarza bez specjalizacji oraz kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w 2019 r.

Oczywiście należy dodać, iż wynagrodzenia rezydentów kształtowane są w zależności od roku odbywanej specjalizacji i od tego, czy dana dziedzina medycyny ma charakter priorytetowy czy też nie.

Polska Federacja Szpitali zwraca uwagę na fakt, iż wszystkie podwyżki płac lekarzy rezydentów wywołują mieszane uczucia u lekarzy specjalistów. Zmniejsza się bowiem różnica pomiędzy wynagrodzeniem lekarzy specjalistów a płacą rezydentów. W niektórych podmiotach leczniczych w skrajnych sytuacjach pensja podstawowa lekarzy rezydentów może być nawet wyższa od pensji podstawowej lekarzy specjalistów”.

#### 5. Posiedzenie Komisji Zdrowia Senatu RP 16 czerwca 2020 r.

Polską Federację Szpitali reprezentował Jarosław J. Fedorowski, prezes PFSz, który zwrócił uwagę na konieczność zapewnienia mechanizmu spójności wytycznych konsultantów oraz towarzystw medycznych w okresie przywracania działalności szpitali w pełnym zakresie. Postulat PFSz, który spotkał się już z pozytywną reakcją ze strony GIS, został pozytywnie przyjęty przez przedstawiciela kierownictwa MZ w osobie wiceministra Waldemara Kraski, a także poparty przez przewodniczącą senackiej Komisji Zdrowia, senator Beatę Małecką-Liberę. Prezes PFSz mówił także o aktualnych wyzwaniach stojących przed szpitalami.

6. **Stanowisko odnośnie do urealnienia wyceny świadczeń rehabilitacyjnych – Polska Federacja Szpitali poparła apel Krajowej Rady Fizjoterapeutów (KRF) dotyczący wprowadzenia zmian wyceny świadczeń w zakresie rehabilitacji** wyrażonej w piśmie do kierowników podmiotów leczniczych z 22 czerwca 2020 r. (sygn. DPR.2020.93.KB.1).

7. **Polska Federacja Szpitali o kwalifikacjach pracowników szpitali SPZOZ: aby dyrektor był dyrektorem (a nie kierownikiem), a medyk – medykami (a nie asystentem).**

Podczas spotkania 1 października 2020 r. delegacja PFSz przekazała Adamowi Niedzielskiemu, ministrowi zdrowia, główne postulaty dotyczące przyszłego kształtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej PSZ, czyli tzw. sieci szpitali:

- kwalifikacja do (nowej) sieci szpitali powinna zostać przełożona na 2022 r.,
- jako kryterium kwalifikacji postulujemy przyjęcie zakresu świadczeń, a nie posiadanie określonych oddziałów,
- proponujemy wprowadzenie stopni referencyjności i zasad współpracy szpitali różnego stopnia,
- zakres działania szpitali określonego stopnia referencyjności powinien być określony na podstawie katalogu procedur uzgodnionego z kluczowymi uczestnikami systemu,
- proponujemy, aby ryczałt szpitali był obliczany na podstawie wykonania świadczeń w ostatnich 4 latach,
- nocna i świąteczna opieka lekarska powinna być przekazana do obowiązków POZ,
- ogólny poziom finansowania świadczeń szpitalnych w 2021 r. powinien wzrosnąć o ponad 10% w stosunku do 2020 r.,
- należy wspierać konsolidację szpitali, opierając się na finansowo premiowanych konsorcjach opieki koordynowanej.

Powyższe postulaty zostały opracowane m.in. na podstawie pierwszych wyników ankiety przeprowadzonej wśród dyrektorów szpitali zrzeszonych w PFSz – dyrektorów reprezentujących wszystkie poziomy zabezpieczenia PFSz.

8. **Koordynacja opieki nad pacjentami z COVID-19 – delegacja PFSz przekazała następujące postulaty dotyczące koordynacji działań w obliczu pandemii COVID-19 podczas spotkania 1 października 2020 r. z Adamem Niedzielskim, ministrem zdrowia:**

- proponujemy utworzenie centrów koordynacji ruchu pacjentów (CKRP) z COVID-19, np. opierając się na sztabach zarządzania kryzysowego przy urzędach wojewódzkich,
- postulujemy, aby do CKRP przekazywane były w czasie rzeczywistym informacje o wolnych miejscach (łóżkach) dla pacjentów z COVID-19, z wykorzystaniem narzędzi IT,
- proponujemy, aby na poziomie szpitali informacje o wolnych miejscach pozyskiwane były i przekazywane do CKRP przez szpitalnych koordynatorów ruchu pacjentów albo inne osoby wyznaczone przez zarząd szpitala i aby nie angażować do tego zadania lekarzy klinicystów,
- proponujemy, aby transfery pacjentów z COVID-19 były koordynowane i organizowane przez CKRP, a rolę lekarzy kierujących i akceptujących ograniczyć do kwestii medycznych,
- proponujemy określenie zasad współpracy POZ z CKRP,
- sugerujemy konsultacyjną rolę lekarzy specjalistów chorób zakaźnych na rzecz CKRP.

9. **Polska Federacja Szpitali w ramach konsultacji społecznych zgłosiła uwagi do projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki nad pacjentem podejrzany o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2.**

10. **Polska Federacja Szpitali propaguje kompleksowe działania w związku z koniecznością wzmocnienia i ochrony zasobów szpitalnych w obliczu rosnącej liczby chorych na COVID-19 wymagających leczenia szpitalnego.**

**Szpitalne podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (szpitale sieciowe) – z zapewnionym finanso- »**

» waniem niezależnie od liczby wykonanych świadczeń obliczanym na podstawie 2019 r. (tzw. 1/12 – 2019):

- szpitale ogólne:
  - » poziom pierwszy: tworzenie oddziałów obserwacyjnych na bazie posiadanych zasobów oraz przy wykorzystaniu technologii modułowej (przyszpitalne jednostki kontenerowe); zawieszenie zabiegów planowych,
  - » poziom drugi: alokacja części lub całości zasobów do leczenia pacjentów zakażonych SARS-CoV-2, u których główną przyczyną hospitalizacji jest COVID-19 i którzy nie wymagają specjalistycznych procedur – na bazie posiadanych zasobów oraz przy wykorzystaniu technologii modułowej; zawieszenie zabiegów planowych,
  - » poziom trzeci: alokacja części zasobów do leczenia pacjentów z SARS-CoV-2, którzy wymagają specjalistycznych procedur lub których główną przyczyną hospitalizacji są choroby współistniejące; zawieszenie zabiegów planowych;
- szpitale specjalistyczne:
  - » szpitale pediatryczne: alokacja części zasobów do leczenia pacjentów (dzieci) zakażonych SARS-CoV-2, którzy wymagają hospitalizacji,
  - » szpitale onkologiczne i pulmonologiczne: kontynuacja leczenia pacjentów,
  - » szpitale ogólnopolskie: alokacja części lub całości zasobów do leczenia pacjentów zakażonych SARS-CoV-2, którzy wymagają specjalistycznych procedur szpitalnych lub których główną przyczyną hospitalizacji są choroby współistniejące, wykonywanie procedur wysokospecjalistycznych u pacjentów z COVID-19, w tym np. ECMO, leczenie eksperymentalne, przeszczepy; zawieszenie części zabiegów planowych.



### Szpitale funkcjonujące poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (szpitale pozasieciowe)

- Przejęcie znacznej części zabiegów planowych od szpitali sieciowych, zapewnienie koordynacji i finansowania przez NFZ.

### Inne proponowane działania:

- tworzenie szpitali tymczasowych, opierając się na technologii modułowej oraz obiektach wystawienniczych,
- tworzenie zintegrowanych centrów koordynacji ruchu pacjentów z COVID-19, działających 24/7, na bazie wojewódzkich sztabów zarządzania kryzysowego,
- wprowadzenie szpitalnych koordynatorów ruchu pacjentów,
- wspieranie i koordynacja działań lekarzy POZ w celu ograniczenia liczby hospitalizacji pacjentów z COVID-19 w łżejszym stanie,
- masowe wprowadzenie dobrej jakości testów antygenowych wobec SARS-CoV-2 (typu *point-of-care*) na wszystkich poziomach szpitali, a także przez system ratownictwa medycznego, POZ, AOS, rehabilitację oraz opiekę długoterminową i sanatoryjną,
- przeznaczenie bazy sanatoryjnej na izolatoria, odwołanie planowanych pobytych w sanatoriach,
- objęcie personelu medycznego specjalną ochroną ubezpieczeniową i prawną, wprowadzenie systemu *no fault* w odniesieniu do opieki nad pacjentami z COVID-19,
- stworzenie specjalnego funduszu gwarancji ubezpieczeniowej na rzecz możliwych roszczeń wobec szpitali,

- stworzenie desygnacji niezbędnego pracownika medycznego – wraz ze specjalnymi ścieżkami kwarantanny lub izolacji,
  - zawieszenie procedur prawa zamówień publicznych obowiązujących w szpitalach,
  - zawieszenie ogólnych norm zatrudnienia personelu w szpitalach,
  - stworzenie ogólnopolskiego serwisu wsparcia psychologicznego dla pracowników szpitali.
12. **Polska Federacja Szpitali jest za wzmocnieniem pozycji dyrektorów szpitali i stworzeniem mechanizmów wsparcia zarządzających szpitalami zamiast ich zwalniania.**

Wśród sposobów wsparcia powinny znaleźć się m.in. następujące działania:

- stworzenie desygnacji niezbędnego pracownika ochrony zdrowia, obejmującego także pracowników administracji szpitali ze specjalną ochroną prawną oraz specjalnymi ścieżkami izolacji/kwarantanny,
- stworzenie centrów koordynacji ruchu pacjentów,
- zawieszenie procedur prawa zamówień publicznych,
- realokacja zasobów, w tym wykorzystanie bazy sanatoryjnej oraz niektórych szpitali pozasieciowych,
- przeniesienie do specjalistycznych szpitali pozasieciowych części zabiegów planowych,
- stworzenie desygnacji niezbędnego pracownika ochrony zdrowia, obejmującego także pracowników administracji szpitali ze specjalną ochroną prawną oraz osobnymi ścieżkami izolacji/kwarantanny,
- budowa szpitali modułowych oraz tymczasowych,
- stabilne, miesięczne finansowanie szpitali przez NFZ w wysokości 1/12 całkowitego kontraktu w 2019 r. (ryczałt plus procedury finansowane poza ryczałtem),
- rozliczenie „nadwykoniań” z poprzednich lat zrealizowanych przez poszczególne szpitale w ramach obecnego okresu rozliczeniowego, ewentualną nadwyżkę rozliczyć finansowo (zapłacić).

Polska Federacja Szpitali w stanowisku z 19 października 2020 r. odniosła się do wielu aspektów opisanych w propozycji ustawy antycovidowej.

13. **Stawki COVID-19 – zmiana Zarządzenia Prezesa NFZ. W uzasadnieniu zmienianego Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29 października 2020 r. Zarządzenie Nr 168/2020/DSOZ.**

14. **W sprawie opiekunów medycznych** – PFSz proponuje, aby rozpocząć konsultacje na temat wypracowania ram dla nowego zawodu medycznego znanego w krajach anglosaskich pod nazwą *nursing assistant* (NA), który mógłby być w naszym kraju nazywany „asystent pielęgniarski”.

Ten zawód dobrze wpisuje się w propozycję edukacji dwuletniej, a do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należałoby m.in. wykonywanie pomiarów parametrów życiowych pacjentów w szpitalu, wsparcie pielęgniarek w pracy administracyjnej, pobieranie krwi u niektórych pacjentów oraz transport próbek do laboratorium, obsługa niektórych urządzeń medycznych (np. nebulizatory, maski tlenowe) oraz transport pacjentów wewnątrz szpitala. Zawód NA wpisuje się pomiędzy profesję pielęgniarki oraz opiekuna medycznego i jest dedykowany przede wszystkim opiece szpitalnej.

15. **Konsultacje w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o specjalnych warunkach zapewnienia kadr medycznych.**

16. **Polska Federacja Szpitali popiera poprawki proponowane przez senacką Komisję Zdrowia.** W związku z procedowaniem przez Senat Ustawy o zawodzie farmaceuty (druk senacki 255a) jako Polska Federacja Szpitali jesteśmy za zachowaniem ciągłości pracy aptek, w tym szczególnie aptek szpitalnych, a także punktów aptecznych i hurtowni farmaceutycznych. Nasz postulat jest bardzo aktualny i uzasadniony w wyjątkowych warunkach trwania pandemii COVID-19. Poprawki proponowane w projekcie przez senacką Komisję Zdrowia oceniamy jako rozsądne, koncyliacyjne i konieczne dla utrzymania prawidłowego funkcjonowania rynku aptek i bezpieczeństwa lekowego polskich pacjentów. ■



# Śląski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej

**30** września 2020 r. odbyło się Zgromadzenie Ogólne Śląskiego Związku Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej (członka Polskiej Federacji Szpitali), które powołało nowy Zarząd w składzie:

## ZARZĄD ZWIĄZKU

- PREZES – Tadeusz Urban (III kadencja)
- WICEPREZES – Łukasz Pach
- WICEPREZES – Maria Darlewska-Turanczyk
- CZŁONEK ZARZĄDU – Marek Drobik
- CZŁONEK ZARZĄDU – Grażyna Osińska
- CZŁONEK ZARZĄDU – Piotr Trybalski
- CZŁONEK ZARZĄDU – Anita Wardzyk-Kulińska
- CZŁONEK ZARZĄDU – Robert Dederko

- CZŁONEK ZARZĄDU – Krzysztof Beztwina

## KOMISJA REWIZYJNA

- Leszek Jagodziński
- Maciej Osuch
- Sylwia Nieradzik



Związek tworzą 43 szpitale śląskie, które od 2003 r. aktywnie działają pod kierownictwem **prezesa Tadeusza Urbana** (Szpital Specjalistyczny w Zabrze) i wspierają się na obszarze Śląska oraz województwa opolskiego. Od

2015 r. Związek jest członkiem Polskiej Federacji Szpitali, a prezes Związku dr Tadeusz Urban jest członkiem Rady Naczelnej PFSz.

**Powstały w 2003 r. cykl szkoleniowy „Jak ja to robię”** to doskonała dla zarządzających szpitalami platforma wymiany myśli i doświadczeń prowadzona w formie warsztatowej. Przedstawiane tematy mają charakter praktyczny.

Jak wielokrotnie podkreśla prezes Tadeusz Urban: „Śląski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej powstał 29 grudnia 2001 r. Na początku istotą jego działania była przeciwwaga i forma obrony przed często krzywdzącymi i niesprawiedliwymi działaniami NFZ wobec zakładów opieki zdrowotnej. SZPZOZ z dużym powodzeniem od 19 lat prowadzi działalność szkoleniową, edukacyjną i informacyjną.

Panu Prezesowi Tadeuszowi Urbanowi oraz całemu Zarządowi gratulujemy wyboru i w nowej kadencji życzymy owocnej działalności w sektorze ochrony zdrowia. ■

**Anna Warczyńska**, Wiceprzewodnicząca Rady Naczelnej PFSz

## PFSz w Zespole Trójstronnym ds. Ochrony Zdrowia

**R**eaktywowany na podstawie Ustawy z 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego Zespół Trójstronny ds. Ochrony Zdrowia również w mijającym 2020 r., mimo ograniczeń związanych z pandemią, rozwiązywał problemy, które wymagały wspólnego przedyskutowania. Liczba tematów ważnych do omówienia w tym szczególnym dla systemu opieki zdrowotnej roku nieustannie rośnie. Podejmowane w ramach działalności Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia kwestie dotyczyły m.in.:

- wpływu wzrostu wynagrodzeń kadry medycznej na finansowanie świadczeń medycznych,
- harmonogramu planowanych przez MZ na 2020 r. zmian legislacyjnych i zakresu tych zmian,
- planowanych zmian w zakresie organizacji i finansowania „sieci szpitali”,
- informacji MZ o planowanych zmianach w ustawie o najniższym zasadniczym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia w kontekście planowanego przez rząd wzrostu płacy minimalnej,
- współpracy Agencji Badań Medycznych z branżą farmaceutyczną – zmiany w zakresie badań klinicznych w Polsce,
- niwelowania różnic w finansowaniu i dostępności nowoczesnej farmakoterapii pomiędzy Polską a innymi krajami Unii

Europejskiej, w tym w szczególności krajami Grupy Wyszehradzkiej,

- dostępu do innowacyjnych technologii lekowych i nielekowych w aspekcie zdrowia publicznego,
- bezpłatnych leków dla kobiet w ciąży,

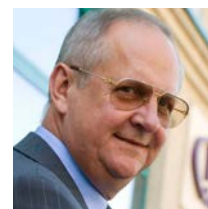


- projektu ustawy o zawodzie farmaceuty oraz Ustawy o Funduszu Medycznym,
- przychodów NFZ, z uwagi na znaczny zakres zwolnień ze składek dla przedsiębiorców oraz pracowników; szacowanego ubytku i kwestii ewentualnej dotacji na rok 2020 i 2021,
- konieczności nowelizacji przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w związku ze zmniejszającym się wolumenem udzielanych świadczeń w związku z ograniczeniem działalności

oraz znacznym zwiększeniem kosztów związanych z reżimem sanitarno-epidemiologicznym,

- kwestii odmrażania systemu opieki zdrowotnej i sytuacji pacjentów przewlekle chorych,
- konieczności weryfikacji wyceny świadczeń rehabilitacyjnych i to we wszystkich zakresach świadczeń wraz z uwzględnieniem podwyżki dla fizjoterapeutów,
- wydłużenia terminu obowiązywania rozporządzeń Ministra Zdrowia dot. standardu rachunku kosztów w świadczeniodawców oraz elektronicznej dokumentacji medycznej,
- prekonsultacji – wprowadzenia zasady, aby projekty aktów prawnych na etapie ich przygotowywania były jeszcze przed konsultacjami dyskutowane w ramach Zespołu Trójstronnego.

PFSz na posiedzeniach Zespołu w 2020 roku reprezentowali Jarosław J. Fedorowski, Prezes PFSz jako członek Zespołu z prawem głosu w ramach delegacji Pracodawców RP oraz Janusz Boniecki, Wiceprezes PFSz jako ekspert. Zespół jest kluczowym forum konsultacji społecznych w sektorze ochrony zdrowia, gdyż uczestniczą w nim przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia oraz reprezentatywnych związków zawodowych i pracodawców. ■



**dr Andrzej Mądrala**  
wiceprezydent  
Pracodawców RP

# Program Wymiany Menedżerów Europejskiej Federacji Szpitali

**W** dniu 27 listopada 2020 r. miało miejsce zdalne spotkanie koordynatorów krajowych Programu Wymiany Menedżerów Europejskiej Federacji Szpitali i Ochrony Zdrowia, które prowadził dyrektor generalny Federacji Pascal Garel z centrali HOPE w Brukseli. W spotkaniu wzięło udział 23 koordynatorów z większości krajów UE należących do organizacji.

**Uczestnicy zależeli aby Program Wymiany Menedżerów 2021 został przesunięty na rok 2022, ze względu na sytuację spowodowaną pandemią COVID-19. Rada Gubernatorów HOPE podjęła stosowną uchwałę zgodnie z rekomendacją Koordynatorów krajowych.**

W związku z powyższym organizacja Programu HOPE EXCHANGE 2022 wymagała będzie nowych kwalifikacji. Uczestnicy oraz gospodarze Programu aktualnie zakwalifikowani do (przyszłorocznego) Programu trafiają do bazy danych z pierwszeństwem naboru jako wcześniej zweryfikowani. Informacje na ten temat zostały przekazane wszystkim zainteresowanym.

Koordynatorzy krajowi mają dopracować szczegóły przyszłych działań we współpracy z brukselską centralą HOPE, która wyda również oficjalne stanowisko dotyczące powyższej sytuacji oraz przedstawi procedury działań w najbliższych miesiącach. Wstępnie ustalono następane wideospotkanie koordynatorów krajowych oraz zarządu HOPE na pierwszy kwartał 2021 r. w celu ewolucji Programu 2022. O postępach związanych z pracami oraz aktualnymi ustaleniami będą informował na bieżąco.

## INFORMACJE DOTYCZĄCE PROGRAMU

Jednym z podstawowych celów Europejskiej Federacji Szpitali i Opieki Zdrowotnej (HOPE) jest promowanie wymiany profesjonalnej wiedzy w obrębie europejskiej branży ochrony zdrowia. Federacja ta postawiła sobie zadanie zapewnienia szkoleń oraz wymiany doświadczeń dla pracowników szpitali i pracowników służby zdrowia w europejskim kontekście. W roku 1981, w ramach realizacji tych celów, HOPE postanowiła stworzyć program wymiany dla specjalistów z tego obszaru. Nazwano go **HOPE EXCHANGE Programme – Program Wymiany Menedżerów**. Pierwotnie był on przeznaczony tylko dla menedżerów szpitalnych. Obecnie otwarty jest dla pracowników ochrony zdrowia, w tym Ministerstwa Zdrowia i kas chorych (National Healthcare Funds). Program wymiany ma doprowadzić do lepszego zrozumienia funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej i pracy szpitali w UE oraz w krajach sąsiadujących, ułatwiając im współpracę i wymianę najlepszych praktyk.

W Polsce Program obecny jest od 2012 r. dzięki aktywności Polskiej Federacji Szpitali, która jest jego wyłącznym organizatorem w naszym kraju. Tylko szpitale będące członkami PFSz mają możliwość delegowania swoich pracowników do uczestnictwa w Programie. Jest on ekskluzywny, ponieważ biorą w nim udział wyselekcjonowani w trzostopniowym procesie naboru profesjonalni kandydaci znający dobrze języki obce. Od roku 2012 koordynowaliśmy wyjazd ponad 50 menedżerów z Polski do krajów unijnych i podobną liczbę zagranicz-

nych uczestników przyjęły u siebie polskie szpitale. Specjalizacje wyjeżdżających to w przybliżeniu: 30% lekarze, 20% pielęgniarki i fizjoterapeuci oraz 50% pozostali, czyli ekonomiści, inżynierowie, prawnicy, psychologowie i inni.

Technicznie Program jest dwuwymiarowy. Polscy partycypanci wyjeżdżają na miesiąc do szpitala(i) za granicą, a do polskich szpitali przyjeżdżają menedżerowie z Europy, dla których przygotowujemy są programy indywidualne. Przedsięwzięcie ma miejsce w tym samym czasie we wszystkich krajach europejskich, a w każdym z państw przebywa od kilku do kilkunastu uczestników z różnych części Europy i o różnych profilach zawodowych. Program jest multidyscyplinarny, ukierunkowany na rozwój osobisty w obszarze własnych specjalizacji, jak również odkrywający możliwości rozwoju w innych kierunkach menedżerskich. Corocznie proponowana jest inna tematyka wiodąca Programu, będąca bazą do budowy projektów dedykowanych europejskiej ochronie zdrowia, które przygotowujemy są przez międzynarodowe zespoły partycypantów w poszczególnych krajach. Powstałe projekty są prezentowane na finalnej konferencji zwanej HOPE AGORA, mającą miejsce bezpośrednio po zakończeniu programów indywidualnych. Corocznie organizatorem jest inna stolica europejska. Oprócz uczestników Programu biorą w niej udział wpływowe osoby z polskiego i międzynarodowego rynku ochrony zdrowia. Możemy tutaj się pochwalić, że HOPE AGORA 2015 zorganizowana przez PFSz w Warszawie została oceniona jako jedna z najbardziej udanych kongresów w historii Programu HOPE EXCHANGE. ■



**Bogusław Budziński**  
Koordynator Krajowy  
HOPE Exchange (PL),  
wiceprzewodniczący  
Rady Naczelnej PFSz

## LECZENIE STACJONARNE SKUTKÓW STRESU POURAZOWEGO NA SKUTEK PANDEMII COVID-19 DLA PRACOWNIKÓW SŁUŻB MEDYCZNYCH – W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ ZUS

**P**andemia COVID-19 w ciągu zaledwie kilku miesięcy radykalnie zmieniała współczesny świat. Polskie społeczeństwo stanęło przed ogromnym wyzwaniem adaptacji do zmienionej rzeczywistości i skutków nagłych zmian. W dobie pandemii koronawirusa także w naszym kraju ciężar walki spoczywa na barkach lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, techników i wszystkich pracowników szpitali czy laboratoriów. Mając na względzie, iż to właśnie „biała armia” stoi na pierwszej linii frontu, Instytut Zdrowia

Człowieka podjął działania mające na celu uruchomienie „szybkiej ścieżki” kierowania pracowników służb medycznych na rehabilitację schorzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej ZUS.

Instytut Zdrowia Człowieka realizuje rehabilitację schorzeń psychosomatycznych od 15 lat. Ogółem w obiektach instytutu zrehabilitowaliśmy ponad 10 000 pacjentów podczas 361 pobytych rehabilitacji stacjonarnej. Jesteśmy przekonani, że wdrożenie „szybkiej ścieżki” przyczyniłoby się do poprawienia jakości życia

i funkcjonowania społecznego pracowników służb medycznych oraz eliminacji pojawiających się u nich zaburzeń psychosomatycznych i skutków stresu pourazowego.

Z uwagi na stały wzrost zachorowań na COVID-19 zadbanie o personel medyczny wydaje się kluczowe dla zachowania ciągłości systemu opieki zdrowotnej w Polsce w czasie pandemii. ■

**Edyta Przerwa**

prezes Zarządu Grupy Spółek  
Instytutu Zdrowia Człowieka





## WSPÓŁPRACA AMBASADY BRYTYJSKIEJ Z POLSKĄ FEDERACJĄ SZPITALI

# Placówki dyplomatyczne we współpracy z PFSz

Współpraca polega na opracowywaniu projektów, w których staramy się pokazywać dobre praktyki i rozwiązania stosowane w brytyjskim systemie ochrony zdrowia NHS.

**P**oniżej chcielibyśmy przedstawić Państwu rozwiązania firm brytyjskich, które uważamy za interesujące.

### BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW

RLDatix jest wiodącym dostawcą inteligentnych rozwiązań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, pomagającym organizacjom opieki zdrowotnej w prowadzeniu bezpieczniejszej i bardziej wydajnej opieki poprzez zapewnienie narzędzi do oceny ryzyka i zgodności, które wspierają ogólną poprawę i bezpieczeństwo. RLDatix obsługuje ponad 4000 klientów w 19 krajach. To oparte na chmurze oprogramowanie pomaga organizacjom zminimalizować szkody, którym można zapobiec, i zapewnia, że wiedza na temat bezpieczeństwa pacjenta jest wdrażana w ramach ciągłej opieki. RLDatix to wielojęzyczny dostawca oprogramowania, dlatego też produkt może działać w języku angielskim i polskim. Od ponad 30 lat RLDatix współpracuje z globalnym spektrum dostawców opieki zdrowot-

nej, w tym: organami rządowymi, szpitalami publicznymi i prywatnymi, placówkami zajmującymi się zdrowiem psychicznym, hospicjami, organizacjami charytatywnymi, opieką



społeczną i podstawową opieką zdrowotną, aptekami i ambulatoriami w następujących krajach:

- Stany Zjednoczone: Oprogramowanie i usługi dla najlepszych szpitali i systemów opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, w tym dla szpitala Johna Hopkinsa, systemu Uniwersytetu California Health i wielu innych.
- Wielka Brytania: Oprogramowanie i usługi w Wielkiej Brytanii używane przez ponad 80 procent trustów w ca-

łej państwowej opiece zdrowotnej (NHS) w Anglii oraz szeroki zasięg i inicjatywy w NHS w Szkocji, Walii i Irlandii Północnej oraz w brytyjskich sektorach prywatnych i non-profit

- Dania: Kierowanie Duńskim Urzędem ds. Bezpieczeństwa Pacjentów. Dania to pierwsze państwo UE, które miało krajowy system incydentów
- Australia: Współpraca z rządem Australii w Nowej Południowej Walii w celu wdrożenia reform w zakresie bezpieczeństwa pacjentów na całym terytorium kraju.
- Arabia Saudyjska: Napędzanie krajowego systemu monitorowania bezpieczeństwa pacjentów „SAWTAK” Arabii Saudyjskiej. Aby dowiedzieć się więcej, odwiedź [www.rldatix.com](http://www.rldatix.com)

### WSPARCIE DIAGNOSTYKI RAKA PŁUC

Early CDT Lung Test wspomaga diagnostykę raka płuca u pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka tego nowotworu.

Nowotwory płuca są najczęściej występującymi nowotworami u mężczyzn, u kobiet zajmują trzecie miejsce pod względem częstości występowania. U obu płci są one najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów. Taki stan rzeczy jest bezpośrednio związany z rozpoznawaniem raka płuca dopiero w jego zaawansowanym stadium, kiedy występują już objawy kliniczne.

Wykrycie choroby w jej wczesnej fazie (guz zlokalizowany) trzykrotnie zwiększa 5-letnie przeżycie do poziomu 56%.

Early CDT Lung Test może stanowić uzupełnienie diagnostyki obrazowej (NDTK). Badanie odznacza się wysoką swoistością, dokładnością i wartością predykcyjną dodatnią (PPV), co ma kluczowe znaczenie dla eliminacji fałszywie dodatnich wyników uzyskanych metodami obrazowymi, tzn. ułatwia różnicowanie stopnia złośliwości wykrytych guzków. Parametry badania (czułość/swoistość/dokładność: 41%/93%/91%) zostały ustalone i potwierdzone na podstawie wyników 120 000 testów przeprowadzonych w trakcie jego opracowywania.

Early CDT Lung Test do wczesnego wykrywania raka płuca jest produkowany przez brytyjską firmę Oncimmune. Wyłącznym Importerem i dystrybutorem na terenie Polski jest firma SmartGene. Wykonawcą badania jest Medyczne Laboratorium Diagnostyczne – Diagnostyka Sp. z o. o, które jest członkiem wspierającym PFSz. Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej Federacji.

Jeśli macie Państwo jakiegokolwiek pytania dotyczące rozwiązań brytyjskich, w tym stosowanych przez NHS proszę o kontakt na adres mailowy: [magdalena.ociepa-wroblewska@fco.gov.uk](mailto:magdalena.ociepa-wroblewska@fco.gov.uk)  
**Magdalena Ociepa-Wróblewska**

# Ocena potrzeb w zakresie aktywizacji seniorów na terenie województwa łódzkiego – kształtowanie lokalnej polityki senioralnej. Raport z badań

**W**ydłużanie przeciętnego czasu trwania życia i wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym w populacji ogólnej to jeden z wyznaczników współczesnej polityki społecznej, której składową jest polityka senioralna. Realizacja jej założeń ma się przyczynić do tego, aby seniorzy stanowili pełnoprawną grupę społeczną. Jest to możliwe dzięki intensywnej współpracy społeczeństwa z władzami publicznymi wszystkich szczebli, ale również sektora prywatnego oraz pozarządowego i partnerów społecznych. Wymiana wiedzy i doświadczeń oraz dobrych praktyk to kamień milowy do zbudowania w Polsce polityki zdrowego i aktywnego starzenia. Aktywni seniorzy w opinii Światowej Organizacji Zdrowia mniej odczuwają deficyty zdrowia i cieszą się większą sprawnością psychofizyczną, co przyczynia się do opóźnienia występowania chorób o charakterze przewlekłym. Konieczne jest zatem aktywizowanie zasobów ludzkich, w tym senioralnych. Przesłanki te stały się inspiracją do opracowania „Ocena potrzeb w zakresie aktywizacji seniorów na terenie województwa łódzkiego – kształtowanie lokalnej polityki senioralnej” (Monika Burzyńska, Tomasz Kopiec). Publikacja ta stanowi raport z badań, składający się z dwóch części. Pierwsza obejmuje przedstawienie zagadnień związanych z genezą i założeniami polityki senioralnej i charakterystykę wielowymiarowych

konsekwencji starzenia się społeczeństw oraz kondycji seniorów. Celem drugiej części opracowania jest zaś przedstawienie wyników badania dot. oceny potrzeb w zakresie aktywizacji seniorów na terenie województwa łódzkiego wraz z propozycją autorskiego Projektu Smart City. Łódź Przyjazna Seniorom 2020–2040, mogącego stanowić istotne ogniwo lokalnej, jak również ogólnopolskiej polityki senioralnej, nakierowanej m.in. na aktywizację seniorów i poprawę ich jakości życia.

Zaproponowane w raporcie rozwiązania i rekomendacje mogą w sposób wymierny przyczynić się do zwiększenia skuteczności inicjatyw pro-senioralnych i prospołecznych podejmowanych zarówno na szczeblu lokalnym, jak i ogólnopolskim. Projekt dedykowany regionowi łódzkiemu będzie stanowił swego rodzaju pilotaż, stanowiący jednocześnie punkt odniesienia do wdrożenia na terenie innych województw, kreując ogólnopolską politykę senioralną w ujęciu systemowym. Pragniemy podziękować wszystkim partnerom, w tym Polskiej Federacji Szpitali, która okazując poparcie dla tej inicjatywy, przyczynia się do budowania systemu koordynowanej opieki zdrowotnej i społecznej nad seniorami. ■

Monika Burzyńska

Tomasz Kopiec, członek wspierający PFSz

## Publikacja naukowa wyników badania Smoke-free hospitals in Poland

W latach 2018–2019 Polska Federacja Szpitali we współpracy z National Cancer Institute (USA) podjęła się realizacji projektu badawczego zorientowanego na diagnozę praktyk antynikotynowych w polskich szpitalach – *Smoke-free hospitals in Poland support for the Polish Hospital Federation*.

**W** latach 2018–2019 PFSz w ramach uzyskanego grantu dzięki współpracy z National Cancer Institute (USA) zrealizowała projekt badawczy *Smoke-free hospitals in Poland*. Celem projektu było ustalenie stanu praktyk antynikotynowych w szpitalach działających na terenie naszego kraju – poznanie czynników sprzyjających lub wyzwań stojących przed szpitalami wdrażającymi praktyki antynikotynowe. Badanie zrealizowano w modelu *mix-mode*, czyli łączącym badania ilościowe z jakościowymi. W celu dokładnego poznania praktyk antynikotynowych w szpitalach działających w Polsce przeprowadzono badanie kwestionariuszowe na reprezentatywnej grupie 100 z ponad 200 szpitali – członków Polskiej Federacji Szpitali. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ENSH-Global Self-Audit Tool, stosowany w po-

dobnych badaniach prowadzonych w Hiszpanii i Irlandii, co pozwoliło na porównywanie wyników pomiędzy poszczególnymi krajami. Kwestionariusz zawierał 48 pytań dotyczących różnych aspektów implementacji polityki antynikotynowej w szpitalu, podzielonych na 8 standardów.

W badanej grupie dominowały szpitale publiczne (79%). Ponad połowa badanych szpitali (61%) realizowała działania z zakresu polityki antynikotynowej, zgodnie ze światowymi standardami Europejskiej Sieci Szpitali Wolnych od Dymu Tytoniowego (ENSH). Nie zaobserwowano istotnych różnic w zakresie wdrożonych działań antynikotynowych pomiędzy szpitalami publicznymi a prywatnymi ( $p = 0,4$ ). W każdym z badanych szpitali obecne były znaki graficzne informujące o zakazie palenia. W większości badanych placówek (97%) budynki, teren szpitali oraz szpitalny system trans-

portu były wolne od papierosów i e-papierosów. Największe wyzwanie w implementacji polityki antynikotynowej w szpitalach stanowi systematyczna identyfikacja palaczy oraz brak procedury monitorowania i oceny prowadzonych działań antynikotynowych. Ponad połowa szpitali (64%) nie prowadzi systematycznej identyfikacji i diagnozy pacjentów czynnie lub biernie palących papierosy bądź e-papierosy, a w 54% badanych szpitali czynne lub biernie palenie nie jest odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta. Wewnętrzna procedura, corocznie wykorzystywana do oceny wdrożenia polityki antynikotynowej w szpitalu, przy uwzględnieniu opinii pacjentów i pracowników obowiązywała w 30% szpitali.

Badanie przeprowadzone przez Polską Federację Szpitali jest pierwszym tego typu badaniem dotyczącym implementacji polityki antytytoniowej przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie szpitali działających na terenie naszego kraju. Wyniki badania znajdują praktyczne zastosowanie podczas opracowywania i implementowania działań antynikotynowych w Polsce. Zaangażowanie szpitali w realizację działań z zakresu polityki antynikotynowej państwa oraz opracowanie dedykowanego programu poradnictwa antynikotynowego, realizowanego w ramach hospitalizacji pacjenta może przyczynić się do znaczącego ograniczenia liczby palaczy w Polsce. ■

dr Mateusz Jankowski, współautor  
Szkoła Główna Zdrowia Publicznego CMKP  
w Warszawie

Artykuł pt. *Smoke-free hospitals in Poland – a cross-sectional survey* został opublikowany w Archives of Medical Science (IF: 2.807; MNiSW: 70).

<https://www.termedia.pl/Smoke-free-hospitals-in-Poland-a-cross-sectional-survey,19,40967,0,1.html>

autorzy: Jarosław J. Fedorowski, Mateusz Jankowski, Beata Buchelt, Stanisław Maksymowicz, Mark Parascandola





## Współpraca dla nowoczesnej i praktycznej edukacji menedżerów systemu ochrony zdrowia



**PROF. PAWEŁ CZARNECKI**  
Rektor Collegium Humanum Szkoła Główna Menedżerska w Warszawie

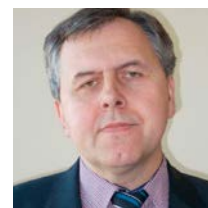
Pragnąc skutecznie i nowoczesnie kształcić polskich liderów zarządzania w systemie ochrony zdrowia, podjęliśmy ścisłą współpracę z ich największą organizacją. Realizujemy jedną misję: dążymy do wspierania szpitali nie tylko w ich działalności na rzecz pacjentów, ale i tworzeniu optymalnych warunków funkcjonowania i pracy. Polska Federacja Szpitali (PFSz) – jako platforma wymiany doświadczeń pomiędzy menedżerami w sektorze – to dla nas też bezcenne źródło wiedzy praktycznej, a tę traktujemy jako podstawę skutecznego nauczania.

Na tym styku podejścia naukowego i praktycznego powstało wiele wspólnych projektów, spośród których wymienić trzeba wyjątkowy kierunek studiów podyplomowych: *Executive Master of Business Administration (MBA)* –

Zarządzanie w ochronie zdrowia. To międzynarodowo rozpoznawane studia menedżerskie sprofilowane dla szczególnych potrzeb kadr kierowniczych w ochronie zdrowia. Ich słuchacze poznają liderów zarządzania w sektorze, uczą się na podstawie polskich i zagranicznych *case studies*, a także zapoznają z taką kulturą oddziaływania i wydajności, w której zwrot z inwestycji zaczyna się od pierwszego dnia. Absolwenci studiów *Executive MBA – Zarządzanie w ochronie zdrowia*, uzyskują także ustawowe uprawnienia do pełnienia funkcji kierowniczych w placówkach medycznych oraz na członków rad nadzorczych spółek z udziałem skarbu państwa.

Współpraca *Collegium Humanum* i PFSz zaowocowała też powołaniem naukowo-badawczego Instytutu Zdrowia i Spraw Społecznych CH czy realizacją specjalistycznych kongresów i konferencji. Wreszcie, dzięki niej dalej tworzymy programy kształcenia stanowiące realną odpowiedź na potrzeby sektora zdrowia. To m.in. kolejny unikatowy moduł tematyczny *Executive MBA – Badania Kliniczne, Executive MBA – Przywództwo i Coaching,*

*Doctor of Business Administration (DBA)*, czy nowoczesne kierunki studiów podyplomowych – psychotraumatologia oraz psychologia kliniczna. Dzięki współpracy z PFSz mamy pewność, że nasi absolwenci będą profesjonalną kadrą menedżerską odpowiadającą na potrzeby i wyzwania rynku pracy.



**DR HAB. MIROSŁAW CIENKOWSKI**  
Rektor Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie od roku akademickiego 2020/2021 rozpoczęła kształcenie studentów na kierunku lekarskim. I nie jest to przypadek. Uczelnia ponad 10 lat temu wybudowała, w pełni wyposażyła i uruchomiła Mazowiecki Szpital Onkologiczny w Wieliszewie. W 1998 r. uczelnia wybudowała i uruchomiła wielospecjalistyczną przychodnię lekarską Centrum Medyczne „Zdrowie”. Przygotowania do prowadzenia kształcenia na tym kierunku poprzedzone zostało wieloletnimi przygotowaniem, m.in. poprzez prowadzenie studiów na kierunkach pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne. Podejmując się misji kształcenia przyszłych lekarzy, wykorzystano bogate doświadczenia wynikające z powyższych działań. Ale wiadomo, że nie nic jest doskonałe i zawsze należy dążyć do udoskonalenia. Dlatego też nawiązanie współpracy z Polską Federacją Szpitali stanowi niezwykle ważny element nieustannego podnoszenia jakości kształcenia w naszej uczelni. Wymiana doświadczeń z instytucją zrzeszającą ponad 200 szpitali pozwoli na wnikliwą analizę programu studiów i jego weryfikację pod kątem kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych zgodnych z oczekiwaniami nieustannie zmieniającego się rynku pracy. Zakładamy, że dzięki tej współpracy w niedalekiej przyszłości grono świetnie wykształconych lekarzy, tak bardzo oczekiwanych i potrzebnych na rynku pracy, zasili szeregi kadry medycznej w Polsce. ■

## Raport PanSurg i Imperial College London we współpracy z Polską Federacją Szpitali

W zeszłym roku Polska Federacja Szpitali nawiązała współpracę z grupą badawczą PanSurg (<https://www.pansurg.org>) z Imperial College London, która skupia się na zapewnieniu lepszej opieki medycznej w czasie epidemii COVID-19. Pracują w niej polscy studenci: Jan Przybyłowicz i Gabriela Żbikowska. Rolą PFSz była przede wszystkim pomoc przy rekrutacji lekarzy i pielęgniarek do wielo-

ośrodkowego badania SSAFE, dotyczącego zdrowia psychicznego, wypalenia zawodowego i postaw wobec bezpieczeństwa u pracowników ochrony zdrowia. Dzięki wspólnemu wysiłkowi udało się pozyskać uczestników z każdego województwa w Polsce. Oprócz Polski w badaniu uwzględnione są doświadczenia Wielkiej Brytanii i Singapuru. Liczymy, że to porównanie na międzynarodowym forum po-

zwoli na zwiększenie motywacji do poprawy warunków pracy w systemie ochrony zdrowia i wnikliwą, opartą na liczbach diagnozę obecnej sytuacji w naszym kraju. Praca jest obecnie recenzowana w dużym czasopiśmie naukowym, więc mamy nadzieję, że wyniki badań ukażą się już niebawem. ■



Jan Przybyłowicz

# Wyniki ankiety Polskiej Federacji Szpitali na temat perspektyw finansowych szpitali

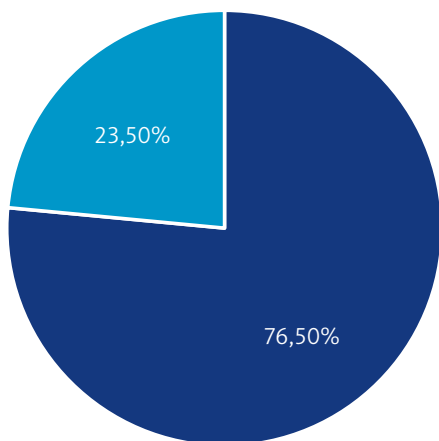
Polska Federacja Szpitali spytała dyrektorów zrzeszonych w swoich strukturach o finansowanie placówek w czasie pandemii COVID-19, czy wykonają kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia i o okres rozliczeniowy. Wnioski? 94,1% ankietowanych zapowiedziało, że przewiduje ujemny wynik finansowy, i stwierdziło, że nie ma możliwości wykonania takiej samej liczby świadczeń jak przed pandemią.

61,8% zasugerowało, aby wydłużyć okres rozliczeniowy.

**W** badaniu przeprowadzonym od 25 maja do 16 czerwca wzięło udział 56 placówek.

42% odpowiedzi nadeszłało ze szpitali trzeciego poziomu sieci szpitali, 26% z pierwszego, 11% z drugiego, a także 8% ze szpitali pulmonologicznych lub onkologicznych. 13% to pozostałe szpitale, w tym szpitale niebędące w PSZ. Podmiotom przyznano ryczałt na 2020 r. 76,5% ankietowanych odpowiedziało, że ryczałt powinien być

Ryc. 1. Czy transe powinny być zwiększone?



■ tak  
■ nie

zwiększony. O ile? Najczęściej sugerowali, że o 15–25%.

Pytano także o okres rozliczeniowy.

42% dyrektorów przyznało, że nie powinno się go zmieniać, 57,7% chciałoby, aby go wydłużyć (30,8% – o 12 miesięcy, 26,9% – o 6 miesięcy). Kiedy powinno się przyznać nowe ryczałty i kwalifikować do sieci szpitali?

29,4% uznało, że zgodnie z planem, to jest w czerwcu 2021 r., 29,4% – że w innym terminie, 23,5% – później, czyli w czerwcu 2022 r. 17,8% respondentów stwierdziło, że sieć szpitali należy zlikwidować.

Na pytanie, jak powinny być finansowane świadczenia pozaryczałtowe, wszyscy odpowiedzieli, że według faktycznego wykonania, ale ze zwiększeniem wartości punktu.

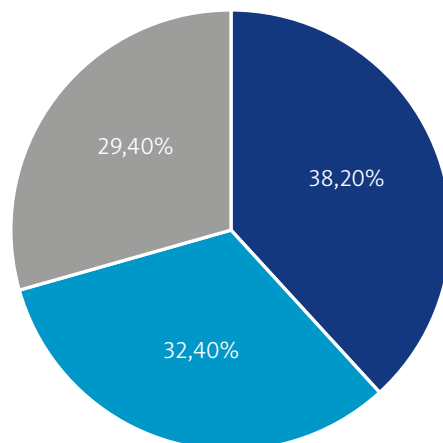
Polska Federacja Szpitali spytała też, o ile procent powinno być zwiększone finansowanie świadczeń pozaryczałtowych. Odpowiedzi były różne. Najwięcej osób uznało, że 15%, 3 odpowiedzi: 35%.

Ankietowani odnieśli się także do przewidywanego wyniku finansowego na koniec 2020 r. 94,1% dyrektorów stwierdziło, że będzie ujemny, 3,8% oszacowało, że zerowy. Nikt nie zapowiedział dodatniego wyniku finansowego.

## O CO ZAPELOWALI ANKIETOWANI DYREKTORZY?

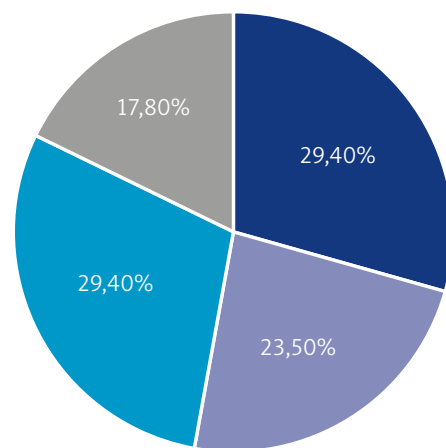
Aby zwiększyć finansowanie o 15–20%, wprowadzić wskaźnik zwiększający wartość punktu dla szpitali poziomu ogólnopolskiego sieci szpitali, o zwiększenie finansowania ze względu na wzrost kosztów o ponad 20% w porównaniu z 2019 r. Zarządzający

Ryc. 2. Okres rozliczeniowy powinien być



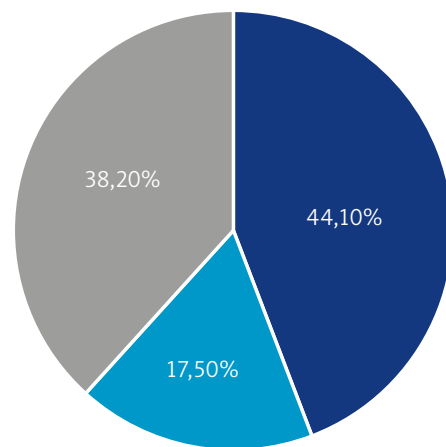
■ niezmieniony  
■ wydłużony o 6 miesięcy  
■ wydłużony o 12 miesięcy

Ryc. 3. Czy nowe ryczałty i kwalifikacja PSZ powinny odbyć się:



■ zgodnie z planem  
■ później, tj. w czerwcu 2022  
■ w innym terminie  
■ PSZ należy zlikwidować

Ryc. 4. Czy świadczenia POZ powinny być finansowane



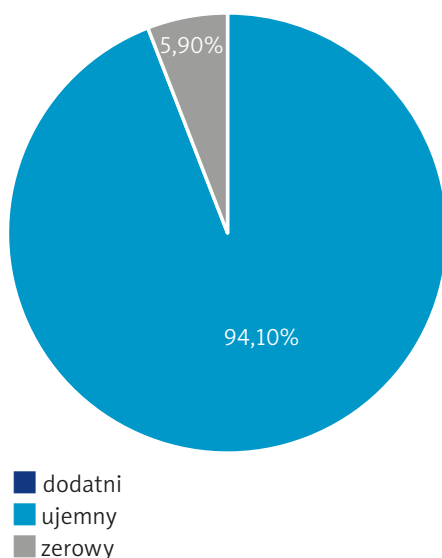
■ bez zmian stawki kapitacyjnej  
■ ze zmniejszeniem stawki kapitacyjnej  
■ ze zwiększeniem stawki kapitacyjnej

stwierdzili, że w niektórych zakresach nie ma możliwości wykonania takiej samej liczby świadczeń jak przed pandemią, dlatego wyce- na musi być zwiększona, aby szpital otrzymał przynajmniej dawne 100%.

Dyrektorzy podkreśliли, że stan epidemiologiczny spowodował zwiększenie wydatków przy ograniczeniu możliwości świadczenia usług, a zachowanie bezpiecznych procedur wiąże się z dużymi kosztami, na które szpitale nie mają pieniędzy. Poza tym zobowiązani



Ryc. 5. Przewidywany wynik finansowy



są do realizowania pozostałych ustaw, np. o minimalnym wynagrodzeniu i wzroście wynagrodzenia zasadniczego w jednostkach służby zdrowia, na które ustawodawca nie przekazał środków.

Dyrektorzy sugerowali, że powinna wzrosnąć wycena świadczeń w związku z rosnącymi kosztami, w przeciwnym razie szpitale będą się zadłużać. Konieczne jest zwiększenie wyceny świadczeń w rehabilitacji,

zwłaszcza stacjonarnej. Nadrobienie kontraktu spowodowane koniecznością ograniczenia przyjęć w okresie epidemicznym to strata w rehabilitacji nie do odrobienia, nawet w sytuacji, gdy okres rozliczania będzie wydłużony o 1/2 roku, bowiem w 2021 r. trzeba realizować jednocześnie kontrakt na 2021 r.

Szpitale zdecydowanie w roku 2020 powinny otrzymywać minimum 1/12 miesięcznie wszystkich zawartych umów ze względu na obecny stan epidemii, jak i sygnalizowany przez specjalistów kolejny atak w okresie jesienno-zimowym.

### WPROWADZENIE WSKAŹNIKA ZWIĘKSZAJĄCEGO WARTOŚĆ PUNKTU DLA SZPITALI KLINICZNYCH

Powinno być zwiększone finansowanie ze względu na wzrost kosztów o ponad 20% w porównaniu z 2019 r.

Nie ma możliwości wykonania takiej samej liczby świadczeń jak przed pandemią w niektórych zakresach, w tym AOS, zachowując zwiększone środki ostrożności, dlatego wycena musi być zwiększona, aby szpital otrzymał przynajmniej dawne 100%. Natomiast w POZ kapitaż daje POZ 100% kontraktu i nikt nie rozlicza POZ z liczby świadczeń.

W 2020 r. należy odstąpić od obowiązku wykonania kontraktu co do liczby świadczeń bez

względu na faktyczne wykonania w stosunku do pobranej kwoty 1/12 wartości kontraktu miesięcznie.

Bezwzględnie należy zwiększyć kwoty ryczałtu co najmniej o 25%, aby przywrócić rentowność wykonywanych świadczeń. Proponowane zwiększenie dla uzyskania wskazanego rezultatu musi się odbywać poprzez zwiększenie wartości wyceny punktowej procedur bądź stawki wartości za punkt, ewentualnie w sposób mieszany.

Stan epidemiologiczny spowodował zwiększenie kosztów przy ograniczeniu możliwości świadczonych usług, zachowanie bezpiecznych procedur generuje bardzo duże koszty, na które szpitale nie mają pieniędzy, a oprócz tego są zobowiązane do wypełniania pozostałych ustaw, np. minimalne wynagrodzenie, wzrost wynagrodzenia zasadniczego w jednostkach służby zdrowia, na które ustawodawca nie przekazał środków.

Zbyt niski ryczałt i zbyt słaba wycena procedur chirurgicznych, internistycznych, urologicznych i AOS.

Konieczne należy zwiększyć finansowanie szpitali powiatowych o współczynnik inflacji oraz o ok. 10–15% wartości obecnych umów z NFZ.

Jarosław J. Fedorowski  
Urszula Szybowicz

## International Hospital Federation

The International Hospital Federation (IHF) is very happy to welcome the Polish Hospital Federation (PFSz) among its associate members. Over the year 2020, in this very challenging period, we have highly appreciated the contribution of Prof. Jaroslaw Fedorowski to all the activities we have put in place to support IHF members facing the COVID pandemic. Prof. Fedorowski was an active participant to our webinar series allowing to share COVID responses, practices and lessons from around the world. ([https://www.ihf-fih.org/home?event\\_type=1](https://www.ihf-fih.org/home?event_type=1)). The collection of experiences shared in these webinars allowed to underscore best practices for hospitals to face COVID situation. In the Podcast series Prof. Fedorowski took the initiative to put forward the major issue on possible litigation in relation to COVID (<https://www.ihf-fih.org/home?myhub&selected=4087>). We are recommending our members to listen to this podcasts that highlights so well all the risks that health leaders should be concerned about. Last, we want also to congratulate the PFSz for its participation to the Task Force on how COVID will be transforming health services. The conclusion of this work is giv-

ing a compass to all health leaders wishing to harness all the positive changes that happened during the COVID response. (<https://www.ihf-fih.org/ihf-beyond-covid-19-task-force/>) The results from this task force will be made public by end of the year 2020 and will help to build back better while still having to face in 2021 the consequences of COVID. The international recognition program allowed to put forward how hospitals have responded to the crisis beyond the call of duty and the stories that will be published are inspirational.

As in 2021 we will open the call for entries to the IHF international awards (<https://www.ihf-fih.org/resources/awards>) we trust that there will be many entries from Poland to demonstrate to the rest of the world the accomplishment of health service providers. We know that 2021 will be a also a very challenging year but the difference with 2020 is that we won't be taken by surprise, and we can have serious hopes that by mid-year the immunization will be under its way. In this extraordinary context reconvening and sharing the latest experiences on transforming hospitals will have an unprecedented value and we hope that there will be a very strong delegation led by Prof. Fedorowski coming to the World Hos-

pital Congress hosted in Barcelona (<https://worldhospitalcongress.org/>) on November 8th to 11th. Stay tuned as we will also open a call for papers for this event and it will be a great opportunity for Polish health leaders to enter submissions.

With all this engagement we look forward for PFSz to take the next step and become a full member participating to the governance of IHF and shaping the future of hospitals around the world.



Dr. Eric de Rodenbeke  
CEO, International Hospital Federation (2011–2020)

Prof. Jarosław J. Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali i przewodniczący Rady Programowej „Menedżera Zdrowia”, został zaproszony do prac światowej grupy roboczej „Beyond COVID-19” zorganizowanej przez International Hospital Federation z siedzibą w Genewie. IHF to światowa federacja szpitali, jedyna taka na świecie.

# Przyszłość sieci szpitali



Polska Federacja Szpitali jest członkiem zespołu do spraw przyszłości systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli tzw. sieci szpitali, który został powołany przez ministra zdrowia. PFSz zrzesza szpitale niezależnie od ich modelu własnościowego, poziomu zabezpieczenia, profilu specjalistycznego, wielkości czy lokalizacji i jest najbardziej reprezentatywną organizacją pracodawców sektora szpitalnictwa w naszym kraju. W ramach porozumień o współpracy PFSz wspiera działania sektorowych i lokalnych związków szpitali. Jest głosem polskich szpitali także na forum międzynarodowym jako członek Europejskiej Federacji Szpitali HOPE oraz Światowej Federacji Szpitali IHF.

Od wprowadzenia w życie sieci szpitali i „rewolucji” w polskim szpitalnictwie minęły już niemal 3 lata. Tak odległe w 2017 r. zmiany w przeliczaniu wskaźników wejścia do sieci są coraz bliżej. Polska Federacja Szpitali zapytała dyrektorów szpitali członkowskich o opinię na temat przyszłości sieci szpitali. Badanie przeprowadzone zostało 1–15 października 2020 r. Wzięło w nim udział 80 dyrektorów szpitali z całej Polski reprezentujących wszystkie poziomy zabezpieczenia PSZ oraz szpitale pozasielowe. Zdaniem niemal 87% ankietowanych sieć powinna zostać utrzymana, ale konieczne jest wprowadzenie zmian. Siedmiu dyrektorów jest zdania, że powinna zostać zlikwidowana, a tylko 4 spośród 80 badanych uważa, że powinna pozostać w takim kształcie, jak jest obecnie.

A co z finansowaniem w sieci na zasadzie ryczałtu? Wyniki prezentujemy na ryc. 2. (na to pytanie dyrektorzy mogli udzielić więcej niż jednej odpowiedzi).

Dyrektorzy wyrazili także opinię o finansowaniu szpitali za usługę, czyli *fee-for-service* (ryc. 3.).

Jak dyrektorzy wypowiedzieli się w kwestii obliczania ryczałtu na kolejne lata? Według 47 na 80 pytanym ryczałt należy wyliczyć na podstawie wykonanych świadczeń z ostatnich 4 lat, 23 dyrektorów uznaje za korzystne wyliczenie ryczałtu na podstawie wykonanych z 2 ostatnich lat, a 10 dyrektorów podaje wyliczenie na podstawie wykonania z ostatniego roku.

Kolejne pytanie dotyczyło terminu kwalifikacji do sieci szpitali: 46% ankietowanych odpowiedziało, że znacznie później, czyli w połowie 2022 r. Nieco ponad 20% uważa, że powinno odbyć się planowo, tj. w połowie 2021 r. Pozostali uznali koniec 2021 r. za dobry czas na kwalifikację do sieci.

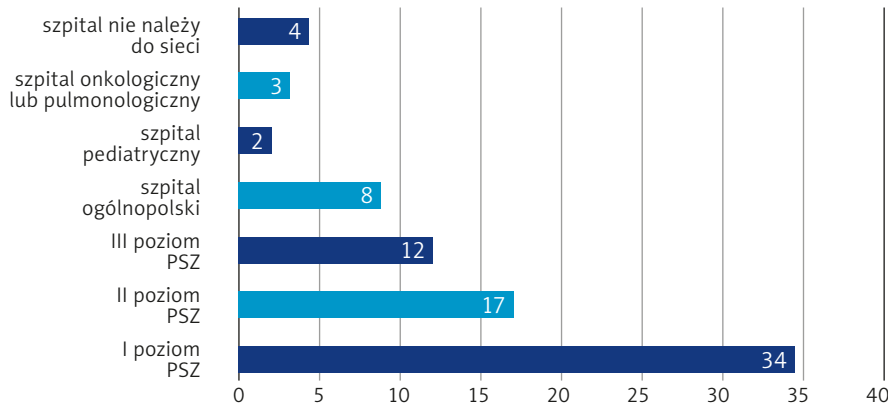
Według 72,5% dyrektorów biorących udział w badaniu podstawowym kryterium podczas kwalifikacji do sieci powinno być wykonywanie określonego rodzaju świadczeń. Drugim kryterium w opinii niespełna 19% ankietowanych powinno być posiadanie określonych oddziałów, a tylko 7 dyrektorów uznało określony model własnościowy szpitala za podstawowe kryterium kwalifikacyjne.

Aż 90% badanych określiło, że w sieci należy wprowadzić stopnie referencyjności i zasady współpracy szpitali różnego stopnia, pozostałe 10% wskazało, iż należy utrzymać dotychczasowe poziomy zabezpieczenia.

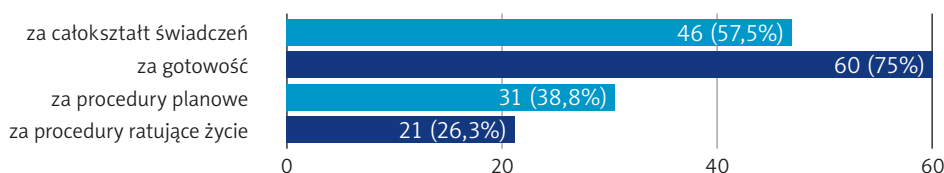
Zakres działania szpitali określonego poziomu (stopnia referencyjności) powinien być uzgodniony na podstawie katalogu procedur wraz z ich minimalną liczbą – tak uważa 57 (71%) ankietowanych dyrektorów. Pozostali wskazali, iż powinno być ustalone na podstawie aktualnej liczby oddziałów.

Wiele kontrowersji w mediach wzbudza temat konsolidacji szpitali, dlatego także i o tę kwe-

Ryc. 1. Zarządzam szpitalem:



Ryc. 2. Finansowanie szpitali w sieci powinno być ryczałtem (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)





ścię zapytaliśmy dyrektorów szpitali zrzeszonych w PFSz (ryc. 5).

Zadaliśmy także pytanie o upaństwowienie szpitali i tego, kogo powinno dotyczyć (ryc. 6). 65% dyrektorów uważa, że nocną i świąteczną opieką lekarską (NPL) powinna być obciążona POZ, 25% wskazuje, iż NPL powinna podlegać różnym podmiotom wybranym w drodze postępowania konkursowego. Tylko 10% uważa, że powinna ona pozostać wyłącz- nie w szpitalach.

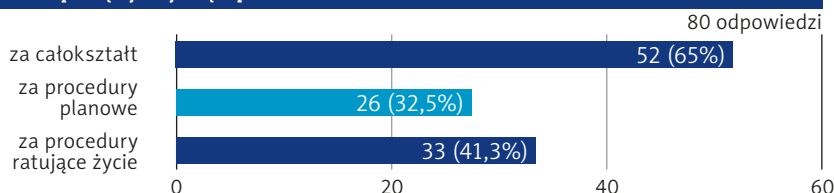
W obliczu obecnej sytuacji epidemicznej postanowiliśmy zapytać także o finansowanie testów RT-PCR na obecność wirusa SARS-CoV-2, które wykonywane są w szpitalach. 87,5% ankietowanych stwierdziło, że powinny być finansowane w całości przez NFZ, 10 dyrektorów wskazało, że ich zdaniem NFZ powinien płacić tylko za testy dla objawowych pacjentów z COVID-19 oraz personelu.

Jak wygląda sytuacja finansowa jednostek w związku z pandemią koronawirusa?

Na koniec zostawiliśmy miejsce na wolne wnioski dyrektorów – oto 16 opinii:

- Upaństwowienie szpitali będzie dużym błędem. Istotna jest właściwa wycena świadczeń – szczególnie zabiegowych i merytorycznych (bez czynnika politycznego i partykularnych interesów) oraz opracowanie map potrzeb zdrowotnych!
- Zmienić zasady finansowania programów lekowych, które są bardzo rozdrobnione, i wprowadzić wspólny produkt dla substancji czynnych w chemioterapii i programach lekowych.
- Deficyt personelu = wzrost stawek (szczególnie lekarskich). Relatywnie duża liczba podmiotów leczniczych w stosunku do potrzeb w zakresie hospitalizacji pacjenta. Małe podmioty lecznicze nie potrafią spełnić norm jakościowych w zakresie np. liczby porodów czy wykonanych zabiegów zażmy itp.
- Zbyt duża liczba szpitali w sieci. Powinna być brana pod uwagę jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo pacjenta w jednostce, akredytacja.
- Należy w końcu poprawić wycenę świadczeń na OiOM – płatność za gotowość wedle posiadanej struktury + rzeczywiste koszty leczenia pacjentów.

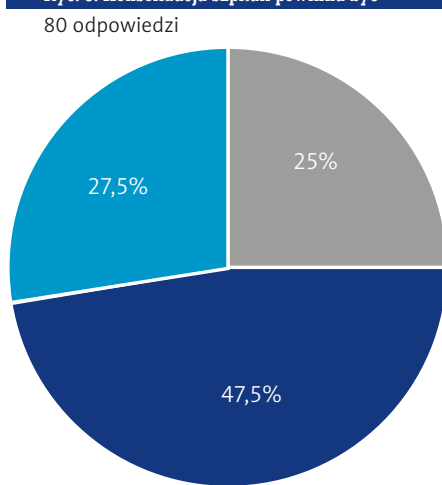
**Ryc. 3. Finansowanie szpitali w sieci powinno być za usługę (fee for service): można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź**



**Ryc. 4. Kwalifikacja do sieci szpitali powinna odbyć się:**



**Ryc. 5. Konsolidacja szpitali powinna być**



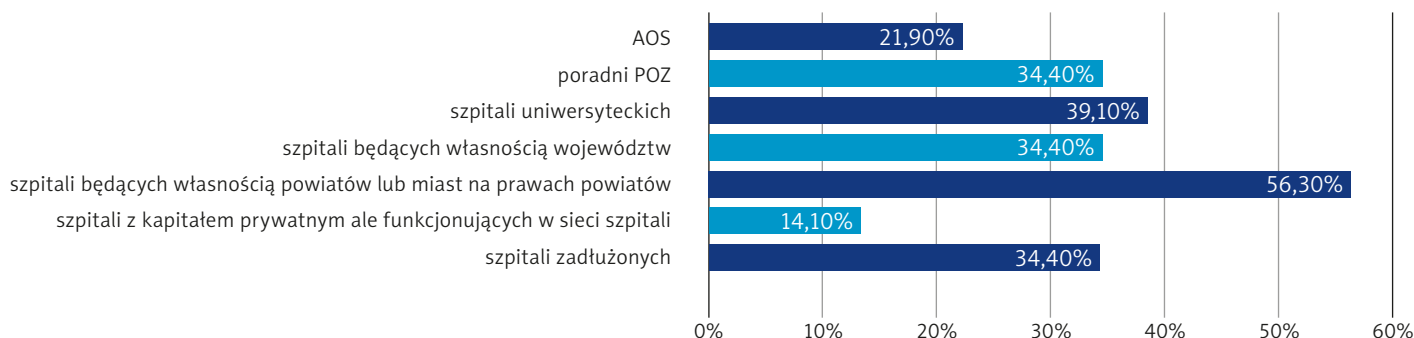
- w oparciu o finansowo premiiowane konsorcja
- w oparciu o przejęcia własnościowe
- nie jest potrzebna

- Do regulacji jest rynek pracy lekarzy i pielęgniarek. Ta ciągła walka o kolejne osoby, podkupienia personelu, emerytury, zachowania rozbijają zespoły i oddziały.
- Niezbędne jest wprowadzenie koordynowanej opieki zdrowotnej nad dzieckiem od kontaktu z POZ, AOS, szpitalem po rehabilitację konieczną zwłaszcza w przypadku chorób układu oddechowego.
- W sieci winny być szpitale „główne” obejmujące opieką dany region (poza kwe-

stia obsługa pacjentów spoza regionu, co winno pozostać bez zmian), współpracujące z nimi „szpitale satelitarne”, małe, z podstawowymi zakresami, w których istnienie danego zakresu winno być wypracowane i wskazane przez szpital „główny” – opracowanie na podstawie map potrzeb zdrowotnych w uzgodnieniu z odpowiednimi służbami pracującymi przy wojewodzie.

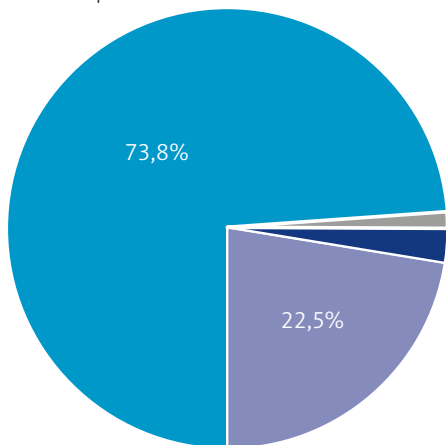
- Ewidentnie NPL winna być obsługiwana przez lekarzy POZ (a nie jak w tej chwili jest dodatkowym obowiązkiem lekarzy szpitala), przy czym nie ma znaczenia, czy jest przy szpitalu czy nie, chociaż w dobie COVID-19 lepiej byłoby, aby NPL była oddalona od szpitala, gdyż każda wizyta dodatkowej liczby pacjentów, nad którymi nie ma możliwości sprawowania pieczy szpitalnej, stanowi dodatkowe zagrożenie dla personelu szpitala. Dodatkowo winna być przeprowadzana szczegółowa weryfikacja/kontrola przypadków kierowanych przez POZ i NPL do szpitala (SOR czy IP), w szczególności tzw. skierowań na SOR oraz tych, które zakończyły się na SOR lub IP odpisem z SOR lub IP, czyli przypadki niezasadnie skierowane do szpitala, w tym niezdiagnozowane – takie postępowanie jest podstawową przyczyną niewydolności systemu w zakresie SOR, który od lat jest jedną wielką przychodnią POZ.

**Ryc. 6. Upaństwowienie powinno dotyczyć (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź lub żadną)**



Ryc. 7. Poziom finansowania szpitalnictwa w roku 2021 powinien

80 odpowiedzi

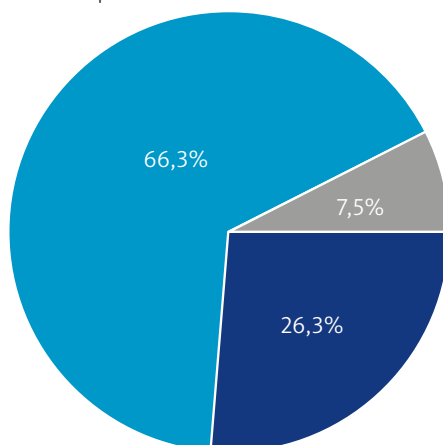


- wzrosnąć o 1–5%
- wzrosnąć o 6–10%
- wzrosnąć o ponad 10%
- pozostać bez zmian

- Możliwość elastycznego dysponowania ryczałtem, np. gdy ryczałt jest niewykonany, a w zakresie pozaryczałtowym realizowane są nadwykonania. Szpital winien mieć możliwość zawnioskowania o przesunięcie środków – dotyczy to np. wydzielonych z ryczałtu poradni kardiologicznej, orto-

Ryc. 8. Sytuacja finansowa w zarządzanym przez Państwa szpitali w 2020 r.:

80 odpowiedzi



- bez zmian w stosunku do lat ubiegłych
- pogorszyła się
- poprawiła się

- pedycznej i neurologicznej, NFZ przyznał poradniom środki i obecnie jest problem z zapłatą nadwykonań w tym zakresie – gdy były w ryczałcie, problemu nie było.
- Do ryczałtu winny wchodzić wszystkie poradnie i oddziały bez względu na termin ich utworzenia. Posiadanie poza ryczał-

tem większości oddziałów i poradni jest co najmniej uciążliwe i zupełnie nieelastyczne, co leżało u podstaw koncepcji ryczałtu.

- Konieczne do realizacji: zwiększenie wyliczenia procedur medycznych, podjęcie decyzji o dalszym utrzymaniu niektórych oddziałów (np. położniczych, pediatrycznych itp.) w zależności od liczby wykonywanych procedur/liczby pacjentów w roku kalendarzowym oraz posiadania odpowiedniej infrastruktury technicznej i zasobów kadrowych – potrzebna jest konsolidacja niektórych oddziałów szpitalnych na obszarze powiatowym lub ponadpowiatowym, szczególnie w przypadku braku personelu oraz obłożenia łóżek szpitalnych. Konieczne jest realne kreowanie polityki zdrowotnej na danym terenie (w obszarze kontraktowania przez wojewódzki oddział NFZ) na podstawie mapy potrzeb szpitalnych, która powinna mieć decydujący wpływ na tworzenie lub likwidację miejsc szpitalnych.
- Należałoby rozważyć utworzenie konsorcjum w każdym województwie/regionalnie obejmujące od kilku do kilkunastu szpitali. ■

Jarosław J. Fedorowski

Urszula Szybowicz

## Wynagrodzenia pielęgniarek w czasie pandemii – ankieta PFSz

[HTTP://WWW.PFSZ.ORG/2020/05/21/WYNAGRODZENIE-PIELEGNIAREK-WYNIKI-ANKIETY-PFSZ/](http://www.pfsz.org/2020/05/21/wynagrodzenie-pielęgniarek-wyniki-ankiety-pfsz/)

Polska Federacja Szpitali spytała dyrektorów zrzeszonych w swoich strukturach o wynagrodzenia personelu pielęgniarskiego. Poproszono o informacje dotyczące m.in. tego, czy w ostatnim czasie zwolniono personel i zmniejszono wynagrodzenia. Organizacja udostępniła „Menedżerowi Zdrowia” wstępne wyniki sondy.

W badaniu wzięły udział 63 placówki – w tym dwa szpitale jednoimienne i 24 uwzględnione na liście szpitali z oddziałem zakaźnym predestynowanym do walki z COVID-19 (38,3%). Pozostałe to 58,7%.

Jakiego poziomu zabezpieczenia w sieci szpitali były to placówki? Najwięcej z I poziomu (34,9%), II poziomu (22,2%), III poziomu (14,3%).

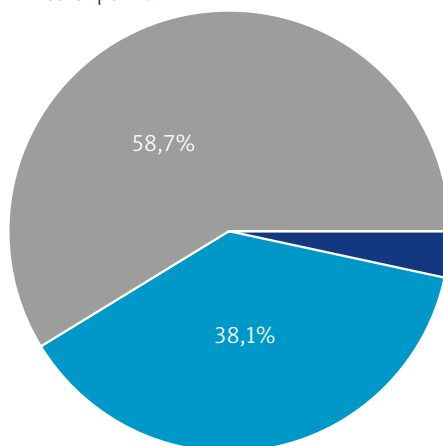
Aż 62 dyrektorów spośród ankietowanych nie obniżyło wynagrodzeń personelu pielęgniarskiego. Jedynie jeden zarządzający zmniejszył wypłaty o ok. 20%. Co więcej, niemal 98% dyrektorów zapewniło, że nie planuje obniżki wynagrodzeń.

Nieco ponad 10% ankietowanych przyznało, że otrzymało prośby o zwiększenie wynagrodzenia pielęgniarskiego. Proszono o podwyżki od 10 do 300% płacy zasadniczej.

Żaden z ankietowanych szpitali nie dokonał zwolnień personelu pielęgniarskiego

Ryc. 1. Rodzaj szpitala

63 odpowiedzi



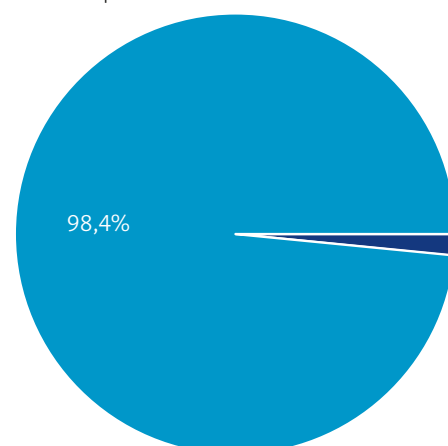
- jednoimienne
- zaangażowany w walkę z COVID-19 (z listy województw)
- inny

od początku ogłoszenia w Polsce epidemii COVID-19.

Wart podkreślenia jest fakt, że w badaniu wzięli udział dyrektorzy szpitali wszystkich poziomów zabezpieczenia sieci szpitali, a także kilku dyrektorów szpitali pozasieciowych, co dobrze świadczy o reprezentatywności ankiety. Polska

Ryc. 2. Czy w ostatnim miesiącu (kwiecień) dokonaliście obniżki wynagrodzeń personelu pielęgniarskiego?

63 odpowiedzi



- tak
- nie

Federacja Szpitali dziękuje dyrektorom za udział w badaniu, którego wyniki są ważnym głosem pracodawców szpitali w dyskusji, m.in. z udziałem organizacji związkowych – wyjaśnili Jarosław J. Fedorowski, inicjator badania, prezes Polskiej Federacji Szpitali, i Urszula Szybowicz, menedżer projektów PFSz, która koordynowała badanie. ■



# Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie Liderem Innowacji

IRENA KIERZKOWSKA, DYREKTOR WSS W OLSZTYNIE, CZŁONEK ZARZĄDU PFSz

**W**ielonarządowe Centrum Chorób Naczyń w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie jest przykładem wdrożenia innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych z wykorzystaniem zespołów wielospecjalistycznych dedykowanych indywidualnym potrzebom pacjenta.

Celem funkcjonowania centrum jest zapewnienie skoordynowanej opieki nad pacjentami ze schorzeniami naczyniowymi (aorty, naczyń domózgowych, naczyń mózgu, naczyń wieńcowych, naczyń obwodowych, żył), przetok tętniczo-żylnych (dializacyjnych), malformacji naczyniowych (obwodowych i mózgu) oraz pacjentami onkologicznymi (krwotoki, embolizacje, w tym chemoembolizacje). Zapewnia ono kompleksowość, komplementarność, ciągłość i interdyscyplinarność opieki poprzez dostępność i współdziałanie wielu specjalistów w jednym miejscu i w jednym czasie.

Pacjenci z rozpoznaną chorobą wielonaczyniową mają zaplanowane i zapewnione kompleksowe leczenie w trakcie jednego pobytu lub kilku następujących po sobie pobytów na kilku oddziałach szpitala. U pacjentów wymagających leczenia naczyń w trybie pilnym zabiegi są wykonywane jednocześnie przez zespoły specjalistów (kardiochirurg/kardiolog, kardiochirurg/radiolog zabiegowy, chirurg naczyniowy/radiolog zabiegowy, ginekolog/radiolog zabiegowy).

Centrum koncentruje się na pacjentach ze schorzeniami w zakresie kardiologii i kardiologii, neurologii z oddziałem udarowym, neurochirurgii, chirurgii naczyniowej, ginekologiczno-położniczym i ginekologii onkologicznej, nefrologii, onkologii i centrum urazowego, do którego trafiają pacjenci wypadkowi. Współpracuje w zakresie diagnostyki z radiologią i medycyną nuklearną, a w zakresie terapeutycznym z radiologią inwazyjną. Centrum zapewnia również świadczenia rehabilitacyjne w zakresie rehabilitacji neurologicznej, kardiologicznej, przyłóżkowej, stacjonarnej oraz dziennej. Wszystkie wykonywane badania diagnostyczne, zabiegi chirurgiczne, procedury wewnątrznaczyniowego leczenia chorób naczyń są realizowane w dwóch trybach – planowym oraz pilnym, całodobowo, siedem dni w tygodniu, w pełnym zakresie badań diagnostycznych oraz zabiegów, w tym wewnątrznaczyniowych.

Dzięki wdrożeniu skoordynowanej organizacji opieki i zastosowanym metodom leczenia udało się uzyskać skrócenie czasu diagnostyki i rozpoczęcia leczenia w „złotej godzinie” w trombotycznym i trombektomijnym lecze-

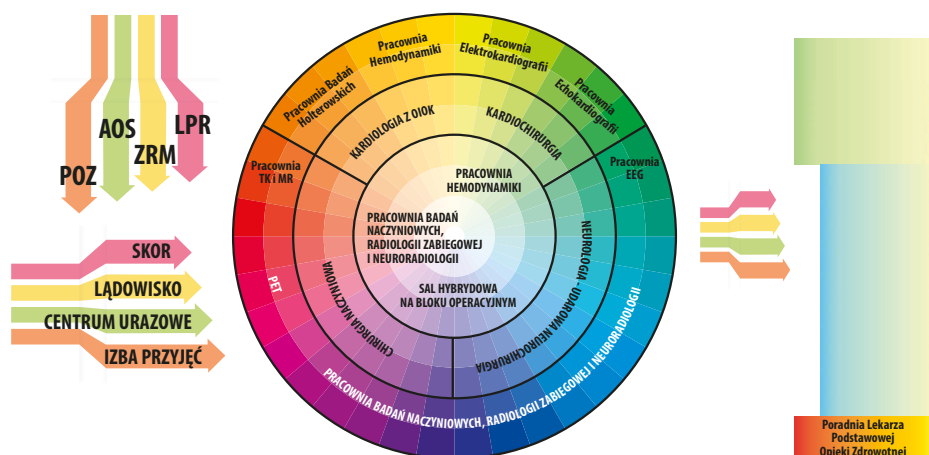


niu udarów. Nastąpiło skrócenie czasu pobytu pacjenta na oddziale ratunkowym z 90 do 28 minut, a także skrócenie czasu hospitalizacji na oddziale neurologicznym z 10,1 do 7,6 dnia. Zmniejszyła się też liczba powikłań, umieralność, a pacjenci mają możliwość powrotu do aktywności zawodowej. Standard „złotej godziny” obowiązuje także w przypadku zawałów serca przy zastosowaniu koronaroplastyki i leczenia fibrynolitycznego. Pacjenci wypisani z centrum pozostają pod stałą kontrolą działających przy szpitalu poradni specjalistycznych, mając zapewnioną ciągłość opieki i leczenia.

Korzyści są obopólne. Dla szpitala ważna jest także optymalizacja kosztów leczenia. W 2019 r. w komórkach organizacyjnych wchodzących w skład centrum pomoc uzyskało ponad 12 tys. pacjentów. Jeśli chodzi o same

zabiegi chirurgiczne, to kardiochirurdzy wykonali ich 472, neurochirurdzy 902, a chirurdzy naczyniowi 1222. Z kolei w pracowni hemodynamiki wykonano 2318 badań i zabiegów, a w pracowni naczyniowej Zakładu Radiologii wykonano 1678 zabiegów z zakresu radiologii zabiegowej. W ramach diagnostyki chorób naczyń w pracowni USG wykonano około 3300 badań dopplerowskich, w pracowni tomografii komputerowej około 4000 badań naczyniowych, a w pracowni rezonansu magnetycznego około 1500 badań naczyniowych. WSS w Olsztynie w swych działaniach konsekwentnie kieruje się misją – „Pacjent przede wszystkim”. Od 2003 r. szpital posiada certyfikat Ministerstwa Zdrowia potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego oraz certyfikat ISO zgodny z normą EN-PN-9001:2015. ■

## Wielonarządowe Centrum Chorób Naczyń w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie



# Robotyka chirurgiczna i nowe technologie

Pandemia, choć groźna w skutkach dla większości obszarów życia codziennego i gospodarki, na rozwój technologii wspierających medycynę działa stymulująco.



**D**ziś menedżerowie najlepszych szpitali, szukając źródeł efektywności, koncentrują uwagę nie tylko na dziedzinach związanych z rozwojem infrastruktury i oferty medycznej, ale coraz częściej poszukują innowacji organizacyjnych, technologicznych oraz usprawnień procesowych. Umiejętność akomodacji i posługiwanie się nowymi technologiami w codziennej praktyce i procesach zarządczych ma bezpośrednio przełożenie na konkurencyjność i bezpieczeństwo szpitali.

Jednym z takich rozwiązań jest niewątpliwie chirurgia robotyczna, która optymalizuje koszty, zapewnia wysoki poziom bezpieczeństwa oraz ergonomię pracy. Z raportu Upper Finance i PMR „Rynek robotyki chirurgicznej w Polsce 2020 – prognozy rozwoju na lata 2020–2025” wynika, że już przed wybuchem pandemii koronawirusa robotyka chirurgiczna była jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin medycyny. Do tej pory na świecie zainstalowano ponad 5,7 tys. robotów da Vinci, za pomocą których wykonano już ponad 7,2 mln operacji.

Zakładając, że obecny trend wzrostu operacji robotycznych utrzyma się, można prognozować, że w ciągu najbliższych kilku lat operacje z wykorzystaniem robotów medycznych staną się w niektórych dziedzinach medycyny wiodącą praktyką chirurgiczną, wyprzedzając tradycyjne i laparoskopowe metody. Będą powszechne w coraz większej grupie specjalizacji, ułatwiając pracę lekarzom, ale – co najważniejsze – zagwarantują pacjentom poczucie bezpieczeństwa i komfortu w szybkim powrocie do zdrowia.

Z powodu epidemii koronawirusa pacjentów dotknęły duże ograniczenia w funkcjonowaniu placówek ochrony zdrowia. W tym czasie ważnym



narzędziem wspierającym działania placówek medycznych stała się telemedycyna. W NEO HOSPITAL wykorzystujemy telekonsultacje, wideokonsultacje oraz czaty z lekarzami. To wygodna forma kontaktu pozwalająca na konsultacje wyników badania, wypisanie recepty, skierowania czy zwolnienia lekarskiego.

Innym obszarem, w których istnieją spore rezerwy pozwalające poprawiać efektywność i jakość, jest obszar rejestracji wizyt pacjentów.

Pracę naszych menedżerów i rejestratorów medycznych wspiera aplikacja Medidesk do zarządzania zgłoszeniami pacjentów z różnych kanałów kontaktowych. Co ważne, w okresie pandemii aplikacja wspiera utrzymanie ciągłości pracy i kontaktu z pacjentami dzięki możliwości umawiania wizyt z dowolnego miejsca z dostępem do internetu, co pozwala części zespołu rejestracji na pracę zdalną. Narzędzie wspiera również pracę menedżerów w zarządzaniu zespołem rejestracji, umożliwiając monitoring działań i efektywności pracy zespołu oraz analizę skuteczności.

Rozwiązania związane z digitalizacją i świadczeniem usług medycznych na odległość rodzą także wyzwania w obszarach związanych z przechowywaniem danych i zapewnieniem ciągłego dostępu do nich. Wydajne, bezpieczne procesy i infrastruktura IT są dziś jednym z filarów nowoczesnego szpitala. W naszym szpitalu wykorzystujemy rozwiązanie *cloud computing*, gdyż pozwala ono na skalowalność i adekwatność w dostosowaniu do naszych bieżących potrzeb, co przekłada się na optymalizację kosztów, przy jednoczesnym wysokim poziomie bezpieczeństwa procesów, w tym w obszarze monitoringu, zarządzania dostęпами i archiwizacji danych.

Innym przykładem nowej technologii rutynowo wykorzystywanej w NEO HOSPITAL jest system CarnaLife Holo. To zaawansowany system, stworzony przez polską firmę technologiczną MedApp, pozwalający na przetwarzanie danych medycznych oraz trójwymiarową wizualizację tych danych, pozyskanych za pomocą tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, angiografii, echokardiografii, USG czy też innych modalności dostępnych w standardzie obrazowania DICOM. System pozwala stworzyć hologram odzwierciedlający prawdziwą strukturę obrazowanego obszaru anatomicznego. Hologram wizualizowany jest na goglach i dzięki temu możliwa jest pełna interakcja z obrazem. Dane obrazowe stają się częścią np. sali operacyjnej. CarnaLife Holo znajduje szczególne zastosowanie w przypadkach, gdy mamy do czynienia ze skomplikowanymi strukturami anatomicznymi, gdzie kluczowe jest zrozumienie zależności pomiędzy tym, na jakiej głębokości się one znajdują, i ich wzajemnych relacji, szczególnie w przypadku planowania ruchu narzędzi chirurgicznych.

CarnaLife Holo wykorzystujemy zarówno przed, jak i w trakcie zabiegów. Przed zabiegami chirurg zapoznaje się z obrazami holograficznymi wygenerowanymi z danych obrazowych pacjentów, co umożliwia mu przygotowanie się do zabiegu.

Nowe technologie umożliwiają także rozwój doskonale wykształconych i doświadczonych klinicznie lekarzy. Jak wynika z raportu Future Health Index 2020, aż 89 proc. badanych spośród przedstawicieli młodego pokolenia personelu medycznego wskazało, że przy wyborze miejsca pracy niezwykle istotny jest dla nich dostęp do nowoczesnych technologii oraz kultura organizacyjna sprzyjająca samorealizacji. ■

Joanna Szyman prezes NEO HOSPITAL, członek Rady Naczelnej PFSz





**BIOMASS ENERGY PROJECT SA, CZŁONEK WSPIERAJĄCY PFSZ**

# Modułowe jednostki medyczne w technice kontenerowej

Spółka Biomass Energy Project SA powołana została w 2011 r. jako firma zajmująca się energią odnawialną i wytwarzaniem oraz przetwarzaniem biomasy roślinnej w produkty innowacyjne.

W 2012 r. spółka weszła na Giełdę Papierów Wartościowych w Warszawie, na rynek New Connect. Od tego czasu rozwija działalność w zakresie nowych technologii.

**W** pierwszych latach opracowała m.in. projekt modułowych laboratoriów do mikrorozmnażania roślin technikami *in vitro*, technologie mieszanek specjalistycznych podłoży pod uprawy roślin oraz prowadziła prace w kierunku wytwarzania sorbentów z biomasy w celu ich wysokotechnologicznych zastosowań m.in. do magazynowania wodoru, wytwarzania materiału elektrodowego do superkondensatorów, materiału do wysoko efektywnych filtrów, jak i innych sposobów przerobu biomasy. Wdrażamy także projekt innowacyjnego tworzywa drzewnego (z odpadów drewna mają powstawać elementy konstrukcyjne i płyty o podwyższonej wytrzymałości), na który

firma otrzymała w 2020 r. dofinansowanie z NCBR. Od kilku lat prowadzimy również prace w kierunku rozwoju elektromobilności. Możemy pochwalić się wieloma rozwiązaniami w zakresie napędów, sterowania, jak i konstrukcji takich pojazdów. W swojej ofercie mamy też pojazdy elektryczne, począwszy od hulajnóg, rowerów i skuterów elektrycznych, poprzez trzy- i czteroosobowe lekkie pojazdy samochodowe, po pojazdy wodne typu deski z napędem elektrycznym, hydrofoil czy też wodne skutery elektryczne. Rozwinęliśmy zarówno dział produkcji baterii do pojazdów elektrycznych, jak i banków energii opartych na ogniwach litowych, tworząc w tym celu spółkę zależną BEP BATTERY PACK SA,

**Polska Federacja Szpitali** w stanowisku z 19 października 2020 r. proponuje wykorzystanie technologii modułowej na różnych poziomach diagnostyki i leczenia szpitalnego pacjentów chorych na COVID-19 oraz w projektach szpitali tymczasowych. Europejska Federacja Szpitali HOPE i Światowa Federacja Szpitali IHF, do których należy PFSz, zwracają uwagę na zasadność

realokacji zasobów w celu skutecznej opieki nad pacjentami chorymi na COVID-19. Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych rekomenduje tworzenie nowych oddziałów obserwacyjnych. Dzięki zaawansowaniu technologii użytej przez firmę BIOMASS otrzymujemy w pełni wyposażone i funkcjonalne miejsca dla chorych.

która opracowała banki energii dla instalacji domowych. W ramach konsorcjum z czołowymi polskimi firmami z zakresu fotowoltaiki spółka ta opracowuje projekt dużych banków energii do stacji ładowania pojazdów oraz dla energetyki profesjonalnej.

Wybuch pandemii koronawirusa spowodował, że znaczną część potencjału badawczego przekierowaliśmy na wdrożenie produktów mogących pomóc w walce z epidemią. Opracowaliśmy system modułów medycznych, z których jesteśmy w stanie bardzo szybko zbudować oddziały obserwacyjne, oddziały bądź szpitale zakaźne, jak i wszelkiego rodzaju obiekty do triage czy wspomagające SOR-y, przychodnie, laboratoria bądź też centra diagnostyczne. W ramach indywidualnych potrzeb zamawiającego tworzymy obiekty od najprostszych do spełniających najwyższe wymagania. Jesteśmy w stanie wyposażać je w systemy służące wentylacji, strefy nad- lub podciśnienia, klimatyzację i wentylację z różnymi stopniami filtrów HEPA, zestaw gazów medycznych oraz inne wyposażenie, które pozwala na tworzenie w warunkach izolacyjnych standardu jak dla intensywnego nadzoru medycznego. Oferujemy urządzenia do kontroli i zabezpieczenia przed drobnoustrojami (bramki termowizyjne, zamgławiacze, zestawy urządzeń filtrujących powietrze w pomieszczeniach szpitalnych, generatory suchej pary do szybkiej dezynfekcji pomieszczeń) oraz środki transportu (karetki). Posiadamy też w swojej ofercie rozwiązania dla gabinetów stomatologicznych. Możemy je tworzyć w technologii modułowej, wyposażając we wszelkie zabezpieczenia ograniczające transmisję zakażeń (systemy wentylacji z filtrami HEPA, urządzenia do zasysania powietrza wydychanego przez pacjenta oraz aerozoli powstających podczas wykonywania procedur leczniczych, filtry HEPA sprzęgnięte z filtrami UV).

Spółka przygotowuje też przełomowy projekt wdrożenia platformy informatycznej z elementami sztucznej inteligencji, który może zrewolucjonizować system podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie pełnej cyfryzacji. Wsparcie przez systemy AI pozwoli na odciążenie personelu medycznego i lekarzy, przez co zwiększy się ich efektywność. Możliwe będzie wprowadzenie rozszerzonego zakresu usług medycznych. Przeniesienie znacznej liczby czynności w sferę e-usług i e-zleceń pozwoli uporać się z problemami kadrowymi, ale również ograniczy możliwości transmisji zakażeń. ■

**Wojciech Skarbonkiewicz**

wojciech@bep-sa.pl, <https://www.bep-sa.pl>



# Maski medyczne od polskiego producenta

Jesteśmy polskim producentem masek medycznych oraz ochronnych z certyfikacją wymaganą na terenie UE. Nasze maski wykonywane są maszynowo z włókna PP typu spunbond i zgrzewane ultrasonicznie (2-, 3-, 4- i 5-warstwowe). Wszystkie komponenty/surowce do produkcji pochodzą z naszego zakładu oraz od kooperantów z Polski. W ofercie mamy dwa rodzaje masek: flat folded (tylko ochronne) oraz kopertowe

(ochronne i medyczne), z harmonijką, drutem kształtującym oraz gumkami. Maski pakowane są w kartoniki lub folię. Możliwy jest indywidualny nadruk. Dostępne są w kolorach białym, niebieskim i zielonym medycznym, szarym oraz czarnym. Ufam, że oferta spełni oczekiwania potencjalnych klientów z terenu UE, ponieważ maska chroni przed zakażeniem pacjentów, klientów, obsługę jednostek współpracujących i part-

nerów biznesowych, a jednocześnie dzięki nadrukowi może promować markę firmy. Zapraszam do kontaktu, by bliżej poznać nasze produkty pod względem technicznym, certyfikacji oraz ceny. Maski dostępne są w każdej chwili i ilości.

**Katarzyna Grodzka**, key account manager,  
e-mail: k.grodzka@vcorrecet.eu,  
tel.: +48 784 536 597

## TRANSITION TECHNOLOGIES SCIENCE SP. Z O.O., CZŁONEK WSPIERAJĄCY PFSZ

# Rejestry medyczne

Transition Technologies Science sp. z o.o. to nowa spółka działająca w ramach grupy kapitałowej Transition Technologies SA. Skupiamy się na rozwoju narzędzi do analizy oraz wspieraniu ośrodków klinicznych i naukowych w obszarze badań klinicznych i eksploracji danych. Przykładem proponowanego rozwiązania jest

pakiet eRejestrów onkologicznych. Rejestry medyczne dają obecnie szansę na zgromadzenie bardzo dokładnej wiedzy medycznej o poszczególnych grupach pacjentów. Odpowiednio przygotowane narzędzia pozwalają zbierać bardzo precyzyjną wiedzę o leczeniu w sposób ściśle skoordynowany i – co bardzo ważne – identyczny dla wielu

ośrodków. Dzięki wdrożeniu dedykowanych rejestrów (narządowych, jednostek chorobowych, chorób rzadkich, innych) możliwe jest prowadzenie opieki koordynowanej nawet dla bardzo dużej grupy pacjentów. Wszyscy lekarze oraz personel medyczny biorący udział w procesie leczenia pacjentów mogą w prosty sposób mieć dostęp do dokumentacji zbieranej w wielu ośrodkach, co w znaczący sposób może usprawnić procesy lecznicze i diagnostyczne.

OncoReports jest przykładem systemu działającego od ponad roku. Został wdrożony w czterech województwach w ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. Wykorzystywany jest przez kilkadziesiąt ośrodków w celu gromadzenia i wymiany wiedzy o pacjentach oraz wspomagania pracy koordynatorów dbających codziennie o zdrowie pacjentów. Dokumentacja zbierana w ten sposób ma jednolity charakter, co z kolei umożliwia tworzenie wielowymiarowych analiz danych skupiających się jednocześnie na aspektach klinicznych (ścieżki leczenia, porównanie skuteczności terapii) i administracyjnych (nadzór nad terminowością badań, poprawnością i kompletnością dokumentacji). Dzięki gromadzeniu informacji w dedykowanej hurtowni danych możliwe jest zautomatyzowanie raportowania i przygotowanie paneli administracyjnych prezentujących różnorodne informacje dla poszczególnych użytkowników narzędzia. Możliwe jest także przygotowanie i wyliczenie mierników obrazujących jakość leczenia i bezpośrednie porównanie ośrodków i regionów.

Dzięki temu, że system rozwijany jest przez nas autorsko, możemy szybko przygotować wersję dedykowaną zbieraniu innych danych oraz wdrożyć zautomatyzowaną integrację z systemami HIS wraz z dwukierunkową wymianą danych.

### Piotr Pecko

dyrektor ds sprzedaży, sektor opieki zdrowotnej,  
Transition Technologies Science, Sp. z o.o.,  
e-mail: p.pecko@tt.com.pl



# Polskie szpitale przechodzą do chmury Oracle



Zjawisko chmury obliczeniowej jest w ostatnich latach bez wątpienia najczęściej dyskutowanym tematem w kontekście informatyki biznesowej. Ujmując rzecz w telegraficznym skrócie, chodzi o przenoszenie systemów IT wspomagających pracę organizacji z lokalnych serwerowni do globalnych regionów umieszczonych w doskonale zabezpieczonych centrach obliczeniowych i zarządzanych przez firmy nazywane „dostawcami chmury”.

**M**ożna zapytać: o co tyle hałasu? Odpowiedź jest oczywista – chodzi przede wszystkim o koszty i bezpieczeństwo. Jeśli organizacja korzysta ze swojej aplikacji w modelu chmury, to oznacza, że płaci niewielką stawkę godzinową za używanie systemu i nie musi budować, wyposażać ani utrzymywać własnej lokalnej serwerowni, co wiązałoby się z wielokrotnie większym kosztem niż korzystanie z infrastruktury chmurowej. Ponadto dostawca chmury – w tym przypadku firma Oracle – potrafi zapewnić w swoim *data center* bezpieczeństwo danych na poziomie wyższym niż jakiegokolwiek dostawca lokalny, nie mówiąc już o własnej serwerowni przedsiębiorstwa czy urzędu.

W Polsce wiele organizacji doceniło zalety modelu *cloud computing*, a jedną z tych branż, które ostatnio najchętniej przecho-

dzą do chmury, jest sektor ochrony zdrowia. Świadczą o tym dwa zrealizowane w ostatnim półroczu projekty migracji do chmury wykonane w polskich szpitalach.

## STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

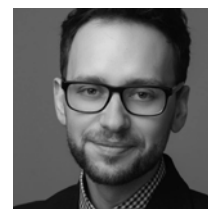
W Stobrawskim Centrum Medycznym do chmury Oracle Cloud została przeniesiona aplikacja firmy Assec Poland SA wykorzystywana w SCM do obsługi pacjentów i administracji szpitala. To wdrożenie można nazwać wyjątkowym, ponieważ było to pierwsze takie rozwiązanie w Polsce – cała serwerownia wraz z danymi i aplikacjami działa w chmurze.

„Inwestycja pozycjonuje Stobrawskie Centrum Medyczne jako jednego z liderów nowoczesnych rozwiązań. Zdecydowaliśmy się na migrację do Chmury Oracle, ponieważ mogliśmy zrezygnować z przebudowy trady-

cyjnej serwerowni i zdecydowanie obniżyć wydatki inwestycyjne. Jeszcze ważniejszym argumentem była możliwość pozbycia się dotychczasowych problemów z utrzymaniem serwerowni lokalnej i skoncentrowanie się na dalszym wykorzystaniu nowoczesnych rozwiązań informatycznych czy wdrażaniu nowych aplikacji i oprogramowań bez kolejnych dużych nakładów finansowych” – tak skomentował projekt Mirosław Wójciak, dyrektor ds. inwestycji i rozwoju SCM. „Rozwiązanie chmurowe znacznie przyspieszyło pracę na stanowiskach komputerowych, usprawniło administrowanie danymi i zwiększyło bezpieczeństwo przechowywania danych. Przez ostatni miesiąc, po okresie przygotowań, migracji i testów, szpital działa bez problemów, wykorzystując swoje oprogramowanie i dane umieszczone w serwerowni chmurowej”.

## SZPITAL NA KLINACH

Drugim omawianym w tym artykule wdrożeniem jest przeniesienie do Chmury Oracle kompleksowego systemu informatycznego Optimed NXT firmy Comarch Healthcare SA działającego w należącej do Grupy NEO HOSPITAL krakowskim Szpitalu na Klinach. „Nowoczesne szpitale, którym zależy na efektywności, poszukują innowacji organizacyjnych, technologicznych oraz usprawnień procesowych. Jednym z kluczowych obszarów, w których istnieją spore rezerwy pozwalające poprawiać efektywność działań, są obszary związane z przechowywaniem danych i zapewnienie ciągłego dostępu do nich. W naszym szpitalu zdecydowaliśmy się na rozwiązanie chmurowe Oracle, gdyż pozwala ono na skalowalność, adekwatność w dostosowaniu do naszych bieżących potrzeb, co przekłada się na optymalizację kosztów przy jednoczesnym wysokim poziomie bezpieczeństwa procesów” – tak mówi Joanna Szyman, prezes Zarządu Grupy NEO HOSPITAL. Michał Ważydrąg, kierownik działu IT Szpitala na Klinach, dodaje: „Jednym z powodów adaptacji Oracle Cloud są mechanizmy bezpieczeństwa tej chmury. Tak wysoki poziom zabezpieczeń jest w praktyce nieosiągalny dla lokalnego dostawcy z uwagi na znaczne koszty infrastruktury fizycznej, a także licencji i utrzymywania całej konfiguracji”.



**Robert Grochulski**  
Cloud Platform Sales  
Representative  
Oracle Polska  
robert.grochulski@  
oracle.com



# Zarządzanie incydentami bezpieczeństwa w podmiocie medycznym

**I**nformacje są ważnym zasobem, a sposób, w jaki są one zarządzane, kontrolowane i chronione, ma znaczący wpływ na zapewnienie ciągłości biznesowej procesów podmiotu medycznego, jak i bezpieczeństwa publicznego.

Dane medyczne muszą być dostępne na każde żądanie uprawnionych osób, szczególnie w sytuacjach zagrożenia życia ludzkiego. Wszelkie analizy wskazują, że to wrażliwe dane medyczne pacjentów przechowywane w słabo zabezpieczonych systemach ochrony zdrowia stają się głównym obiektem ataków. Brak dostępności systemów medycznych, wyciek danych pacjentów mogą zdeorganizować pracę podmiotów medycznych w takim stopniu, że nie będzie możliwe leczenie, dopóki nie zostanie zapłacony okup cyberprzestępcom. A nie są to już tylko słowa.

W ostatnich dniach września świat obiegła wiadomość o cyberataku na sieć Universal Health Services Inc. (UHS), która zatrudnia 90 tys. osób i posiada 400 placówek medycznych na terenie USA i UK. Z informacji podanych przez Jane Crawford, szefa PR UHS, możemy się dowiedzieć, że sieć IT w placówkach nie funkcjonuje z powodu „problemu bezpieczeństwa”. Źródła wskazują, że za problemem spółki UHS stoi Ransomware Ryuk. Również we wrześniu mieliśmy być może pierwszy przypadek śmierci pacjenta na skutek ataku hakerów. Szpital Uniwersytecki w Düsseldorfie nie mógł przyjąć kobiety w stanie krytycznym, bo system informatyczny placówki został zablokowany przez cyberprzestępców żądających okupu. Kobieta zmarła w drodze do innego szpitala.

Przykłady te świadczą, że ataki na systemy informatyczne szpitali zmaterializowały się i zagrażają życiu pacjentów. W tej sytuacji istotnym elementem zarządzania ryzykiem jest postępowanie z incydentami bezpieczeństwa. Co to jest incydent bezpieczeństwa? Definiuje się go jako zdarzenie lub ciąg zdarzeń, które stwarzają znaczne prawdopodobieństwo zakłócenia procesów biznesowych o istotnym znaczeniu dla organizacji albo ujawnienia informacji posiadających dużą wartość dla organizacji lub chronionych z mocy prawa.

Jak przeciwdziałać incydem lub przynajmniej minimalizować ich skutki? Odpowiedzią są skuteczne procedury z obszaru bezpieczeństwa pozwalające na istotne zmniejszenie ryzyka wystąpienia oraz kosztów. Ustalenie modelu postępowania z incydentami polega na opracowaniu szczegółowej dokumentacji opisującej procesy i procedury takiego postępowania oraz sposoby wymiany informacji o incydentach. Niektóre z podmiotów medycznych są zobligowane do takiego działania w związku z pełnieniem funkcji operatora usługi kluczowej na mocy Ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa z 5 lipca 2018 r. (poz. 1560). Celem takiej procedury powinno być wskazanie podstawowych zasad zarządzania incydentami naruszenia bezpieczeństwa informacji w podmiocie medycznym, które będą podstawą do opracowania i wdrożenia procesu zarządzania incydentami. Kluczowe jest również wskazanie osób i ról odpowiedzialnych za ten proces (w przypadku wspomnianej ustawy jest to czynność obligatoryjna).

Aby procedura była skuteczna, powinien znać ją każdy pracownik, współpracownik organizacji w ramach cyklicznych szkoleń uświa-

**ZEBRA TECHNOLOGIES SP. Z O.O.,  
CZŁONEK WSPIERAJĄCY PFSZ**

## Zebra Technologies

**Z**ebra Technologies zapewnia skoncentrowaną na pacjencie opiekę za pomocą wykorzystania technologii opracowanej specjalnie dla sektora ochrony zdrowia. Dbanie o to, by konkretny pacjent otrzymał we właściwym czasie odpowiednią opiekę, ma kluczowe znaczenie. Oferowane przez firmę Zebra rozwiązania dla sektora ochrony zdrowia pomagają zespołom medycznym zapewniać opiekę na najwyższym poziomie poprzez dostarczanie w czasie rzeczywistym

potrzebnych danych o pacjencie oraz łączenie pacjentów z lekarzami i pielęgniarkami. Zebra przoduje w dziedzinie innowacji w zakresie najnowszych technologii dla placówek medycznych – od rozwiązań do identyfikacji pacjentów po pracę mobilną w ochronie zdrowia i analitykę biznesową w czasie rzeczywistym, zapewniając pracownikom pierwszej linii przewagę w zakresie wydajności i możliwość dostarczania pacjentom najlepszej opieki. Oferuje pakiet rozwiązań przeznaczonych dla służby zdrowia – w tym drukarki, skanery kodów kreskowych, skanery towarzyszące, komputery mobilne, materiały eksploatacyjne (m.in. opaski na rękę, etykiety), tablety, usługi lokalizacyjne i śledzenie zasobów w czasie rzeczywistym oraz oprogramowanie zapewniające widoczność i zwiększające wydajność w całym środowisku opieki. Urządzenia firmy Zebra wsparły szpitale i sektor służby zdrowia w krajach najbardziej dotkniętych pierwszą falą pandemii.

Zastosowanie urządzeń Zebra w szpitalu:

- przyjęcie na oddział i identyfikacja pacjentów – Zebra oferuje drukarki opasek na rękę do identyfikacji pacjenta, opaski oraz czytniki umożliwiające potwierdzenie tożsamości pacjenta i zarządzanie jego dokumentacją,
- opieka na oddziale i przy łóżku pacjenta oraz mobilna komunikacja między pracownikami szpitala – wzmocnione smartfony Zebra z oprogramowaniem dostawców systemów dla służby zdrowia,
- laboratorium – drukarki etykiet Zebra do znakowania próbek badań, próbek krwi oraz czytniki kodów kreskowych do weryfikacji próbki badań. ■

Opisy rozwiązań firmy Zebra dla szpitali dostępne są na stronie: <https://www.zebra.com/pl/pl/solutions/industry/healthcare/identity.html>





damiających, a sama procedura powinna być dostępna na każde ich żądanie. Istotne jest, aby procedura zawierała przegląd kwestii związanych z wykrywaniem, zgłaszaniem i gromadzeniem informacji o zdarzeniu oraz zdefiniowaniem, w jaki sposób mogą być one wykorzystane do określenia incydentów. Kompletny proces zarządzania incydentami powinien zawierać podsumowanie możliwych typów zdarzeń, ich klasyfikację i priorytetyzację, model postępowania, sposób raportowania, a także informację, jak reagować na nowe, dotąd nieznanne zdarzenia. Kluczowe jest wyraźne rozpisanie odpowiedzialności za poszczególne kroki procesu, aby osoby odpowiedzialne rozumiały swą rolę i zadania. Skuteczność procedury powinna się wyrażać w przeciwdziałaniu podobnym zdarzeniom w przyszłości, a przynajmniej skrócić czas reakcji w przypadku ich wystąpienia, dlatego nieodzowne jest, aby wszystkie działania zostały właściwie udokumentowane. Jest to też niezbędne w przypadku konieczności wystąpienia do organów ścigania – w takim przypadku musimy wiedzieć, jak właściwie zabezpieczyć materiał dowodowy, czyli niezbędne jest opracowanie instrukcji, która te czynności opisze. Wystąpienie incydentu to również podejmowanie trudnych decyzji związanych z zainfekowanym systemem, dlatego im bardziej precyzyjne procedury operacyjne, tym efektywniejsze zarządzanie. Proces decyzyjny musi być jasno opisany, jak również czynności, które w jego ramach będą wykonywane. Ktoś musi podjąć decyzję o wyłączeniu, odtworzeniu bądź działaniu systemu. Bardzo pomocne dla personelu IT zaangażowanego w obsługę incydentu będą z pewnością procedury operacyjne opisujące szczegółowo zasady postępowania w przypadku danego typu ataku, np. DDoS, ransomware itd., przede wszystkim dlatego, że pozwalają skupić się na wykonywaniu określonych czynności zmierzających do wyeliminowania zagrożenia, a nie na wymyślaniu sposobu postępowania. Absolutnie niezbędnym i wymaganym na mocy ustawy o KSC jest audyt informatyczny wykonany przez podmiot uprawniony, zdolny do wykonania niezależnego, profesjonalnego i obiektywnego audytu KSC.

Jak zatem zapewnić przynajmniej minimalną ochronę przed przytoczonym na początku typem ataku ransomware? Nie jest to proste, ale warto przynajmniej zaadresować następujące wątki:

- przeprowadzić *hardening* (tzw. utwardzanie) kontrolerów domen,

- regularnie przeglądać konta posiadające dostęp uprzywilejowany w usłudze Active Directory,
- jeśli budżet podmiotu na to pozwala, to poza obowiązkowym systemem antywirusowym wdrożyć system klasy EDR,
- prowadzić cykliczne szkolenia dla pracowników/współpracowników z zakresu cyberbezpieczeństwa (szczególnie istotne, bo w przypadku tego typu ataku to pracownik, klikając nieodpowiedni link bądź otwierając załącznik ze szkodliwym oprogramowaniem, przyczynia się do skuteczności ataku),
- monitorować sieć pod względem wszelkich anomalii, takich jak zwiększony przesył danych, łączenie się z podejrzanymi domenami,
- regularnie wykonywać i testować kopie zapasowe,
- prowadzić niezależne audyty IT. ■

**Eryk Trybalski**, ekspert ds. cyberbezpieczeństwa

BW Advisory sp. z o.o.

Eksperci w GRC & IT GRC oraz audycie

Dostarczamy wiedzę, profesjonalne wsparcie, dedykowane rozwiązania w zakresie Governance, Risk, Compliance & IT Audit dla szpitali i instytucji ochrony zdrowia.

**Osoby kontaktowe:**

Sebastian Burgemejster s.burgemejster@itgrc.pl

Piotr Welenc p.welenc@itgrc.pl



Firma BW Advisory sp. z o.o. działa w obszarach szeroko rozumianego GRC, audytu wewnętrznego, audytu IT, zarządzania ryzykiem, compliance, bezpieczeństwa i ciągłości działania, ochrony danych osobowych i prywatności. Jest właścicielem marki Akademia IT GRC, która jest akredytowana przez ISACA

organizacją prowadzącą szkolenia IT w Polsce oraz na obszarze EMEA, z uwzględnieniem specyfiki szpitali. Firma od wielu lat współpracuje z Polską Federacją Szpitali i jest partnerem w dostarczaniu rozwiązań cyberbezpieczeństwa dla szpitali, RODO, audytów KSC, systemów zdarzeń niepożądanых i zarządzania ryzykiem. [www.itgrc.pl](http://www.itgrc.pl)

**WOLTERS KLUWER POLSKA, CZŁONEK WSPIERAJĄCY PFSZ**

## Zarządzanie ryzykiem jako element skutecznego zarządzania placówką medyczną

**M**enedżerski sposób zarządzania organizacją to jeden z efektów transformacji systemu ochrony zdrowia. Coraz większą rolę w systemie odgrywa aspekt jakości w kontekście udzielanych świadczeń oraz innych procesów, a jego ważnym elementem jest zarządzanie ryzykiem.

O ile w zakresie formalnym zarządzaniem ryzykiem funkcjonuje na podstawie przepisów o kontroli zarządczej czy też wynika z innych podstaw, jak np. certyfikacja ISO czy akredytacja, to w zakresie realnego wykorzystania efektów analizy ryzyka jako narzędzia przy podejmowaniu decyzji jest jeszcze wiele do zrobienia.

Wyzwaniem dla osób zarządzających jest stworzenie skutecznego systemu zarządzania ryzykiem. W pierwszej kolejności należy określić

cel funkcjonowania systemu i odpowiednio osadzić go w realiach organizacji. Mimo że wydaje się to oczywiste, niektóre organizacje posiadające formalny system zarządzania ryzykiem korzystają z narzędzi niedopasowanych organizacyjnie i w konsekwencji nie otrzymują wartościowych informacji. To kierownictwo podmiotu leczniczego odpowiada za stworzenie adekwatnego systemu zarządzania ryzykiem, ale w jego tworzeniu pożądane jest wsparcie interdyscyplinarnego zespołu, tak aby cały personel czuł, że identyfikacja i przeciwdziałanie ryzyku to sprawa wspólna.

Tworząc lub modyfikując system, należy zastanowić się nad narzędziami wspierającymi – tradycyjnymi lub zdecydować się na dedykowany system informatyczny. To drugie rozwiązanie z uwagi na cyfryzację procesów ma niewąt-

pliwie wiele zalet. Takie systemy są najczęściej tworzone przez doświadczonych ekspertów, których wiedza jest przekładana na przejęte rozwiązania, a co za tym idzie – w łatwy sposób możemy ułożyć proces w organizacji. Bardzo dobrym rozwiązaniem jest połączenie systemu informatycznego z systemem informacji prawnej, co umożliwi identyfikację zagrożeń już na etapie wprowadzania zmian prawnych. ■

**Ewelina Wójcik**

Senior Product Manager

Wolters Kluwer Polska

[www.produkty.lex.pl/progmedica](http://www.produkty.lex.pl/progmedica)



**Wolters Kluwer**  
Polska

# Kontakt pacjenta ze szpitalem w trakcie pandemii

**W**yzwania związane z pandemią kolejno unaoczniają niedoskonałości polskiego systemu ochrony zdrowia. Problemy dotyczą nie tylko dostępności i liczby szpitalnych łóżek, respiratorów, sprzętu medycznego czy lekarzy i personelu medycznego, lecz także wielu niespójności organizacyjnych. Z czym mierzą się obecnie szpitale oraz placówki medyczne? Jak można usprawnić ich działanie i polepszyć obsługę pacjentów? Chaos informacyjny i brak rozwiązań systemowych ukierunkowanych na właściwą obsługę pacjentów to dwa najważniejsze wyzwania. Najczęstszym przejawem tych trudności jest brak możliwości kontaktu pacjenta z placówką medyczną.

Problemem są przeciążone linie telefoniczne. A brak kontaktu, jak podkreśla Rzecznik Praw Obywatelskich, może realnie zagrażać życiu i zdrowiu pacjentów. Co gorsza, mimo upływu wielu miesięcy od początku pandemii, sytuacja się nie poprawia.

Większość podmiotów nie jest przygotowana do obsługi pacjentów z użyciem nowoczesnych technologii do komunikacji na odległość.

Lekarze nie udzielają telekonsultacji, mimo wyraźnych wskazań Głównego Inspektora Sanitarnego, że podstawową formą udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy ma być teleporada.

W obliczu powyższych wyzwań należy szukać narzędzi, które ułatwią i zoptymalizują pracę personelu medycznego. Jednym z nich są nowoczesne rozwiązania technologiczne. Drugim ważnym aspektem jest budowa systemu przyjaznego dla pacjenta.

Rozwiązania takie, jak technologia VoiP, zapowiedzi głosowe IVR, kolejowanie połączeń czy wygodne i bezpieczne aplikacje do telekonsultacji, pozytywnie wpływają na kontakt na linii pacjent–placówka medyczna–lekarz. Jedyną możliwością budowy efektywnego systemu opieki zdrowotnej jest wzmocnienie tej więzi. W Medidesk proponujemy nowoczesne rozwiązania usprawniające obsługę pacjentów i wpływające pozytywnie na rentowność oraz wizerunek placówek medycznych. ■

Po więcej informacji zapraszamy na [www.medidesk.pl](http://www.medidesk.pl)

## SIDLY SP. Z O.O., CZŁONEK WSPIERAJĄCY PFSZ

# Optymalizacja pracy personelu szpitala w czasie pandemii COVID-19

**Z**apraszamy do zapoznania się z *case study* wdrożenia opasek telemedycznych SiDLY w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu.

### PROBLEM

Stan pacjentów z COVID-19 przebywających w szpitalu musi być stale monitorowany. Nowy reżim sanitarny wydłuża czas trwania procedur medycznych, generuje dodatkowe koszty związane z dezynfekcją oraz środkami ochrony osobistej, a także wywołuje strach przed zakażeniem.

### ROZWIĄZANIE

SiDLY wyposażyło szpital w 70 opasek telemedycznych, które przekazano pacjentom zainfekowanym SARS-CoV-2. Personel miał dostęp do platformy medycznej z podglądem aktualnego stanu zdrowia poszczególnych pacjentów. Opaski regularnie mierzyły parametry życiowe pacjentów, np. saturację, tętno, temperaturę. Były wyposażone w detektor upadków, przycisk SOS oraz umożliwiały rozmowę głosową między pacjentem a operatorem platformy.

### REZULTATY

Julian Pakosz, dyrektor ds. leczenia Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, tak komentuje przydatność rozwiązania SiDLY: „System ułatwił pracę lekarzom w zakresie monitorowania pacjentów w izolatoriach, wykrywania upadków, wykorzystania jako mobilny system przywoławczy

czy z dwustronną komunikacją głosową, minimalizacji bezpośrednich kontaktów z izolowanym pacjentem”.

### KORZYŚCI DLA SZPITALA

Bieżące monitorowanie stanu pacjenta. Opaski wykonują dużą liczbę pomiarów w krótkim czasie. Personel ma dostęp do aktualnych i historycznych danych. Może natychmiast reagować na pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta i podejmować decyzje terapeutyczne, opierając się na wiarygodnych danych. Redukcja ryzyka zakażenia SARS-CoV-2. Dzięki zdalnemu wykonywaniu pomiarów i rozmowy z pacjentem przez komunikator bezpośrednie kontakty z chorym są zredukowane do minimum. Prowadzi to do znacznie mniejszego ryzyka infekcji personelu szpitala oraz pozostałych pacjentów.

### OPTIMALIZACJA ZASOBÓW KADROWYCH

System pozwala na optymalizację zasobów kadrowych. Jedna osoba jest w stanie monitorować stan wielu pacjentów jednocześnie, bez konieczności wchodzenia na oddział.

### FUNKCJONALNOŚCI SYSTEMU PRZYWOŁAWCZEGO

Przycisk SOS i możliwość połączenia głosowego z operatorem powoduje, że SiDLY pełni funkcję rozbudowanego systemu przywoławczego. Opaska pozwala na rozmowę z operatorem w każdym miejscu. ■



Kontakt

**Edyta Kocyc**, e-mail: [edyta.kocyc@sidly.org](mailto:edyta.kocyc@sidly.org), tel.: +48 510 729 769

**Mateusz Fedorowicz**, e-mail: [mateusz.fedorowicz@sidly.org](mailto:mateusz.fedorowicz@sidly.org), tel.: +48 603 441 507

HONEYWELL SP. Z O.O, CZŁONEK WSPIERAJĄCY PFSZ

## Profesjonalne produkty oraz rozwiązania dla bezpieczeństwa

**H**oneywell Safety Products to wiodący światowy producent środków ochrony indywidualnej. Oferujemy kompletne i szerokie portfolio profesjonalnych produktów oraz rozwiązań dla bezpieczeństwa. Ponieważ priorytetem Honeywell jest odpowiedź na wyzwania nowej rzeczywistości, chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę na nasze nowe rozwiązanie, szczególnie przydatne dla pracowników służby zdrowia w czasie pandemii COVID-19. Mowa o produkcie z zakresu ochrony dróg oddechowych Honeywell North® PA500 PAPR. Jest to lekki system z wymuszonym przepływem powietrza (PAPR) spełniający trzy podstawowe oczekiwania: komfort, łatwość użytkowania i wydajność. Dlaczego Honeywell North® PA500 PAPR? O odpowiedź popro-

silił Dariusz Kostrzyński, specjalistę produktowego zajmującego się ochroną dróg oddechowych: *Wiemy, że wielogodzinna opieka nad pacjentem w pełnym zabezpieczeniu przeciwepidemicznym nie jest komfortowa. Noszenie zwykłej maski utrudnia pracę ze względu na wysokie temperatury, pot i dodatkowy wysiłek, jaki wymusza oddychanie w masce. Ponadto komunikowanie się z pacjentami i współpracownikami nie jest łatwe, gdy twarz jest zakryta. Pracownicy służby zdrowia muszą być chronieni, aby móc jak najlepiej chronić pacjentów. Honeywell North® PA500 PAPR z filtrem P3 do ochrony przed cząstkami stałymi i ciekłymi zniweluje te problemy. Produkt jest niezwykle smukły i lekki – idealny na kilkugodzinne zmiany i pracę w ograniczonych przestrzeniach.*

Zapewnia stały przepływ chłodnego powietrza oraz zwiększa swobodę ruchów. Twarz jest widoczna, co ułatwia komunikację. Okulary nie zaparowują. Nie uciska twarzy, a zakładanie jest szybkie i łatwe. Pasek dekontaminacyjny z PVC ma ergonomiczny kształt i jest zaprojektowany tak, by łatwo można było go czyścić. Dmuchawa jest zasilana akumulatorem litowo-jonowym, który może zasilać system PAPR przez osiem godzin. System PAPR zapewnia zwiększoną ochronę i zmniejsza prawdopodobieństwo przeniesienia infekcji na użytkownika bardziej niż filtrujące maski oddechowe i elastomerowe półmaski wielokrotnego użytku. Zachęcamy do kontaktu z naszym specjalistą produktowym, aby dowiedzieć się więcej o rozwiązaniach Honeywell z zakresu ochrony dróg oddechowych. ■

Dariusz Kostrzyński

e-mail: Dariusz.Kostrzynski@Honeywell.com,  
tel.: 509 876 808

# Honeywell

### POMOC PACJENTOM Z CHOROBYMI ZAKAŻNYMI

## Nowoczesne izolatorium

**D**oświadczenia szpitali w walce z pandemią SARS-CoV-2 i MERS-CoV potwierdzają, że skutecznym narzędziem w prowadzeniu terapii pacjentów pandemicznych są specjalistyczne sale izolacji oddechowej, tzw. boksy Meltzera, wyposażone w technologię dekontaminacji powietrza, zapewniające poziom bezpieczeństwa epidemicznego o kategorii co najmniej BSL3. Tego typu izolatorium z technologią Genano® posiada m.in. Wojewódzki Szpital Zakaźny przy ul. Wolskiej w Warszawie.

Z uwagi na fakt, że koronawirusy to RNA-wirusy rozprzestrzeniające się drogą kropelkową i powietrzną, skuteczne w walce z nimi są technologie, które potrafią usunąć z powietrza fragmenty DNA. Tego typu czystość mikrobiologiczną zapewnia fińska technologia Genano®, z której korzysta od 2003 r. Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie. Wykorzystano ją w powstałych tam dwóch salach o podwyższonym reżimie izolacyjnym, tzw. boksach Meltzera. Zamontowano 11 sztuk urządzeń Genano®, model 310. Podłączono je do systemu nawiewno-wywiewnego prowadzącego bezpośrednio do komór. Tego typu izolatoria sprawdzają się w przypadku pacjentów zarażonych wirusem SARS-CoV-2, ebolą czy wąglikiem.

Urządzenia Genano® zostały wybrane spośród innych dostępnych na rynku ze względu na udokumentowane badania kliniczne oraz



laboratoryjne, które wykazały 99,5% skuteczność dekontaminacji powietrza na poziomie DNA/RNA, także przy cząsteczkach o wielkości 0,001 µm, oraz uzyskanie klasy czystości powietrza na poziomie ISO6 w ciągu 14 minut. Ponadto technologia ta została uznana przez rząd Arabii Saudyjskiej podczas epidemii MERS w 2013 r. za jedyną, która faktycznie pomaga zwalczyć zagrożenie epidemiczne.

Ze względu na wysoką skuteczność w dekontaminacji powietrza urządzenia Genano® są stosowane w szpitalach, by zwiększyć higienę w obszarach krytycznych (sale operacyjne, oddziały nagłych wypadków), ochronić pacjentów z obniżoną odpornością (oddziały onkologii, hematologii, neonatologii, transplantologii czy SOR) oraz ochronić personel medyczny i zapobiec transmisji chorób zakaźnych przenoszonych drogą powietrzną, takich jak COVID-19. ■



Martyna Błotny, Genano  
martyna.blotny@wpi.pl



# Kabiny ciszy w szpitalach

**F**irma DOR-MED od 1992 r. zajmuje się protetyką słuchu. Zaczynaliśmy w Polsce jako jedni z pierwszych. W ramach swojej działalności prowadziliśmy gabinety protetyki słuchu na terenie siedmiu województw, gdzie wykonywaliśmy badania słuchu i dobór aparatów słuchowych, zatrudniając kilkadziesiąt dobrze wykwalifikowanych osób, dobierających aparaty słuchowe według najnowszych metod. W naszych gabinetach oprócz aparatów słuchowych i systemów FM oferowaliśmy akcesoria i środki do pielęgnacji aparatów słuchowych, a także serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. Z uwagi na występujące w tamtym czasie problemy w znalezieniu wykwalifikowanych pracowników, we współpracy z Medycznym Studium Zawodowym w Rzeszowie, zorganizowaliśmy studia podyplomowe, na których wykształciła się blisko setka protetyków słuchu. Niska świadomość społeczna zagadnień ekscyzji na hałas i wynikających stąd ubytków słuchu skłoniła nas do bycia organizatorem lub współorganizatorem konferencji krajowych i regionalnych dotyczących słuchu. Uczestniczyliśmy także w akcjach zdrowotnych regionalnych gazet, w trakcie których badaliśmy

*słuch i udzielaliśmy porad zainteresowanym osobom. Każdy gabinet protetyki słuchu, jak i każdy gabinet audiologiczny i ośrodek medycyny pracy powinien posiadać certyfikowaną audiometryczną kabinę ciszy. Podstawowym problemem jeszcze kilka lat temu był brak miejsc, gdzie można było przeprowadzić właściwą diagnozę. I ten problem rozwiązaliśmy. Analiza cen dostawców tych wyrobów zmusiła nas w 2011 r. do podjęcia decyzji o rozpoczęciu własnej produkcji kabin ciszy. Powstały kabiny ciszy, gdzie pacjent może liczyć na prawidłową, właściwą i komfortową diagnozę. W wyniku prowadzonych testów i badań we współpracy z uczelniami technicznymi Poznania i Bydgoszczy opracowaliśmy nowatorskie konstrukcje i w rezultacie uzyskaliśmy prawo do znaku CE. Konstrukcje te zgłosiliśmy do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Cieszy nas niezmiernie, że naszą działalność możemy prezentować także w trakcie finałów Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, m.in. prowadząc badania słuchu w Studiu TVP w Warszawie w produkowanych przez nas kabinach ciszy – mówi właściciel Waldemar Lipiński.*

Firma DOR-MED mgr Waldemar Lipiński z Bydgoszczy jest jedynym polskim producentem audiometrycznych kabin ciszy, które wyróżniają się przede wszystkim solidnością i wysoką jakością wykonania. Oferta obejmuje zarówno audiometryczne kabiny ciszy dedykowane dla małych gabinetów i przychodni dla dzieci, jak i dla dużych przychodni i szpitali. Począwszy od doradztwa przy wyborze audiometrycznej kabiny ciszy, poprzez profesjonalną instalację, wdrożenie, szkolenia oraz obsługę serwisową, staramy się, aby nasze produkty były właściwie wykorzystywane i przyczyniały się do wzrostu satysfakcji naszych klientów i ich pacjentów. Oferowane przez firmę audiometryczne kabiny ciszy do badania słuchu są zarejestrowane w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. W uznaniu osiągnięć, jako jedyna firma audioprotetyczna w kraju, uzyskała certyfikat „Najwyższa jakość w medycynie” porównywalny z certyfikatem „Teraz Polska”. Kabiny ciszy służą lekarzom i audioprotetykom w kilkunastu szpitalach na terenie Polski. Na terenie Bydgoszczy jedna z kabin jest umiejscowiona w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Zespole Poradni Specjalistycznych, gdzie prowadzone są badania audiometrii tonalnej i kostnej oraz tympanometryczne. ■

Waldemar Lipiński, wlipinski@op.pl

# Gospodarka odpadami w szpitalach. Studium przypadku

**W** 2014 r. Karelia University of Applied Sciences oraz firmy Wastecare Finland, Hospital Logistic Consultation i Ecosir Group wspólnie przeprowadzili badanie gospodarowania odpadami w należącym do HOPE Centralnym Szpitalu Karelii Południowej w Finlandii. W trakcie badania ukierunkowanego na aspekty higieniczne i logistyczne zebrano dużą ilość danych, przeprowadzono setki ankiet i wywiadów, wykonano wiele zdjęć, aby nakreślić obraz aktualnej sytuacji. W czasie badania standardem była ręczna zbiórka odpadów i brudnej bielizny. Badanie miało m.in. odpowiedzieć na pytanie, jak szpital może podołać rosnącej ilości odpadów zmieszanych, rosnącej ilości brudnej bielizny i wzroście wymagań higienicznych. Raport z badania wskazywał na takie problemy, jak wysokie i stale rosnące koszty logistyczne, blokowanie korytarzy przez wózki na śmieci i brudną bieliznę, zagrożenia higieniczne, przeciążone windy, przeciążenie personelu wymagającą pracą fizyczną, wysoki wskaźnik zwolnień lekarskich itp. W rezultacie zaproponowano zaprojektowanie zautomatyzowanego systemu transportu odpadów i brudnej bielizny (AWCS) do nowego budynku szpitala. W 2018 r. system został zainstalowany i oddany do użytku. Nowy projekt szpitala, zoptymalizowany proces opieki zdrowotnej oraz automatyzacja logistyki odpadów z wykorzystaniem systemu próżniowego CAREMASTER™ przyczyniły się do zmniejszenia kosztów, ograniczenia wspomnianych czynników ryzyka

i do poprawy higieny. Według obliczeń zwrot nakładów na inwestycję nastąpi już po 4 latach.

Podstawowe dane charakteryzujące projekt:

- szpital obejmuje swoim działaniem obszar zamieszkały przez około 150 000 mieszkańców,
- jest wyposażony w 340 łóżek,
- liczba zatrudnionych pracowników wynosi 1250 osób,
- w czasie roku:
  - szpital wyprodukował 316 ton odpadów zmieszanych,
  - wykonano 56 210 transportów odpadów zmieszanych,
  - zrealizowano 4745 transportów brudnej bielizny,
  - zebrano 588 ton brudnej bielizny,
- średnia waga worków na brudną bieliznę to 7 kg,
- najcięższy worek na brudną bieliznę waży 14,8 kg. ■



Szczegółowe informacje na temat systemu i opisanego wdrożenia dostępne na stronie [www.ecosir.pl](http://www.ecosir.pl)  
Więcej informacji: Roman Piątek, TELTRA, [roman.piatek@teltra.pl](mailto:roman.piatek@teltra.pl)

# Robot ortopedyczny NAVIO™ Surgical System wita w przyszłości

Pierwszy w Polsce robot ortopedyczny NAVIO Surgical System od czerwca 2020 r. wszczepia endoprotezy stawu kolanowego – zarówno całkowite, jak i połowiczne, nie tylko osobom starszym, dotkniętym chorobami układu ruchu, ale także osobom młodym i aktywnym.

**R**obot Ortopedyczny NAVIO™ to system wizualizacji śródoperacyjnej i planowania z wykorzystaniem modelu przestrzennego operowanego stawu w połączeniu z ręcznym, inteligentnym narzędziem do obróbki kości podczas zabiegów implantacji endoprotez całkowitych i połowicznych stawu kolanowego. Zapewnia precyzję, dokładność osadzenia implantu, daje lepsze wyniki leczenia pacjentów<sup>1</sup>.

Umożliwia śródoperacyjne precyzyjne dopasowanie implantu do pacjenta, nie wymaga obrazowania przedoperacyjnego, daje możliwość w czasie rzeczywistym zbierania punktów charakterystycznych i mapowania nasady kości udowej i piszczelowej, tworząc model przestrzenny stawu kolanowego.

Przeżywalność protez 2 lata po zabiegu według rejestrów z Australii, Nowej Zelandii oraz ze Szwecji przedstawia rycina obok<sup>2</sup>.

Do niedawna pozostawał w sferze marzeń polskich ortopedów, którzy obserwowali go jedynie na salach operacyjnych amerykańskich klinik ortopedycznych i słyszeli o jego zaletach podczas międzynarodowych sympozjów. Ten coraz powszechniejszy trend stosowania tego typu rozwiązań jest coraz bardziej widoczny w całej Europie, przede wszystkim w klinikach ortopedycznych Wielkiej Brytanii, które jako pierwsze wprowadziły tę innowację do swoich sal operacyjnych.

NAVIO to najwyższy poziom precyzji i przełomowa technologia – prawdziwa rewolucja w ortopedii, co potwierdziło już kilkanaście przeprowadzonych w Polsce za jego pomocą operacji stawów kolanowych.

Obecnie coraz większe znaczenie mają innowacje i nowoczesne technologie, bez których nie ma postępu w medycynie. Skupiają się one wokół systemów wykorzystujących telemedycynę, nawigację komputerową oraz robotykę. Te nowoczesne systemy pozwalają przede wszystkim zwiększyć precyzję zabiegu i przyspieszyć proces leczenia, zmniejszyć inwazyjność zabiegu, zwiększając bezpieczeństwo pacjenta.

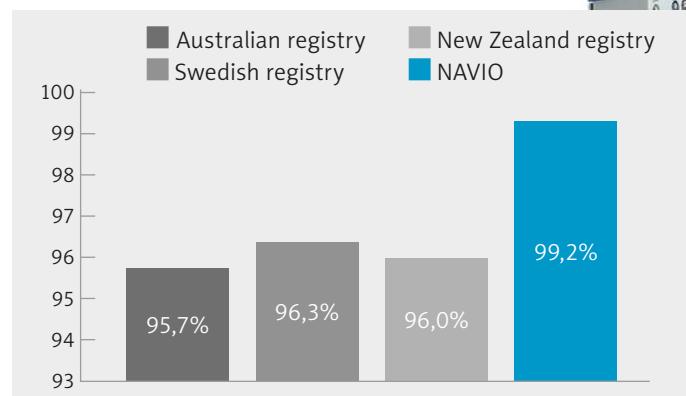
Jesteśmy świadkami ekspansji robotyki na obszar medycyny, gdzie robot staje się partnerem

lekarza, wykonując najtrudniejsze i wymagające ogromnej precyzji czynności.

Więcej informacji na temat robotyki w ortopedii można znaleźć na stronie Federacji:

- doc. Artur Stolarczyk „Robotyczne systemy w ortopedii”,
- wyniki badań klinicznych dotyczące Robota NAVIO,
- informacja o robocie.

Robot funkcjonuje w szpitalach zrzeszonych w PFSz, np. Szpital w Ostrowii Mazowieckiej, Klinika Nieborowice



**dr hab. n. med. Artur Stolarczyk**

Klinika Ortopedii i Rehabilitacji, Warszawski Uniwersytet Medyczny  
Oddział Urazowo-Ortopedyczny, Powiatowy Szpital w Ostrowii Mazowieckiej

**Dane do korespondencji:**

Smith & Nephew Sp. z o.o.

tel.: +48 22 360 41 20

mail: info.poland@smith-nephew.com

1. Bataïller C, White N, Ranaldi F, Neyret P, Servien E, Lustig S. Improved implant position and lower revision rate with robotic-assisted unicompartmental knee arthroplasty. European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery, Arthroscopy (ESS- KA) 2018.
2. Battenberg A, Netravali NA, Lonner JH. Early survivorship of robotic-assisted unicompartmental knee arthroplasty. Poster presented at: Southern Orthopaedic Association 35th Annual Meeting; July 11-14, 2018, Palm Beach; Florida, USA.







## PFSz – głos polskich szpitali w kraju, Europie i na świecie

### ZARZĄD POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI

#### Prezes PFSz:

Jarosław J. Fedorowski – Warszawa

### CZŁONKOWIE ZARZĄDU PFSz (KADENCJA 2018–2024):

- Janusz Boniecki – Człuchów, wiceprezes Zarządu PFSz, dyrektor SPZOZ w Człuchowie
- Ewa Książek-Bator – Gdańsk, członek Zarządu i dyrektor ds. finansowych PFSz, prezes Zarządu w HMS Assistance Clinic w Gdyni, członek honorowy Polskiej Unii Szpitali Klinicznych
- Krystyna Barcik – Radom, członek Zarządu, dyrektor operacyjny Radomskiego Centrum Onkologii
- Irena Kierzkowska – Olsztyn, członek Zarządu, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, wicepre-

zes Związku Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur

- Mariusz K. Wójtowicz – Zabrze, członek Zarządu, prezes Zarządu Szpitala Miejskiego w Zabrzu, Sp. z o.o., prezes Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Województwa Śląskiego

### CENTRALA PFSz

#### Dyrektor zarządzająca PFSz

(od 03.03.2017 r.):

Ligia Kornowska (Warszawa)

kontakt: ligia.kornowska@pfsz.org,

tel. 690 875 075

#### Project Manager PFSz:

Urszula Szybowicz (Warszawa)

kontakt: urszula.szybowicz@pfsz.org,

tel. 697 752 855

### RADA NACZELNA

#### Przewodniczący Rady Naczelnej PFSz:

Krzysztof Bederski (Warszawa)

#### Wiceprzewodniczący Rady Naczelnej PFSz:

Bogusław Budziński (Warszawa)

#### Wiceprzewodnicząca Rady Naczelnej PFSz:

Anna Warczyńska (Warszawa)

#### Członkowie:

- Maciej Banach (Łódź) • Andrzej Chełchowski (Warszawa) • Krzysztof Czerkas (Gdańsk) • Zbigniew Hupało (Września) • Rafał Holanowski (Wrocław) • Izabela Marcewicz-Jendrysik (Warszawa) • Maciej Karbowski (Warszawa) • Grzegorz Kloc (Świdnica) • Janusz Michalak (Poznań) • Roman Lewandowski (Ameryka) • Bożena Łapińska (Suwałki) • Konrad Łukaszewski (Łódź) • Dariusz Madera (Opolu) • Sławomir Nawrocki (Częstochowa) • Dariusz Oleński (Biała Podlaska) • Mariusz Paszko (Zamość) • Irena Petryna (Olsztyn) • Jarosław Rosłon, (Warszawa) • Łukasz Rozdeicer (Warszawa) • Joanna Szymon (Kraków) • Tadeusz Urban (Zabrze) • Krystyna Walendowicz (Zakopane) • Jarosław Wieczorek (Katowice) • Wanda Korzycka-Wilińska, (Bydgoszcz) • Dorota Gaczyńska-Zych (Warszawa)

### SZPITALA, KTÓRE NIEDAWNO DOŁĄCZYŁY DO POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI:

- SPZOZ w Ostrowi Mazowieckiej • Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie • SPZOZ Międzychód • Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu • SPZOZ w Szamotułach • Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie • Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku • Światowe Centrum Mowy i Słuchu w Kajetanach

### ORGANIZACJE PARTNERSKIE PFSz:

- Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych • Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych • Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych Samorządu Województwa Mazowieckiego • Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej • Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali

**Zapraszamy do wspólnego działania pod egidą PFSz!**



### POLSKA FEDERACJA SZPITALI

ul. Nowogrodzka 11, 5 p., 00-513 Warszawa

tel.: +48 22 447 43 00, 509 754 724

e-mail: biuro@pfsz.org

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



Zespół redakcyjny biuletynu Szpital PFSz: Jarosław J. Fedorowski (redaktor naczelny),

Urszula Szybowicz (redaktor), Anna Warczyńska (redaktor prowadzący)

Biuletyn zrealizowało na zamówienie Polskiej Federacji Szpitali wydawnictwo Termedia