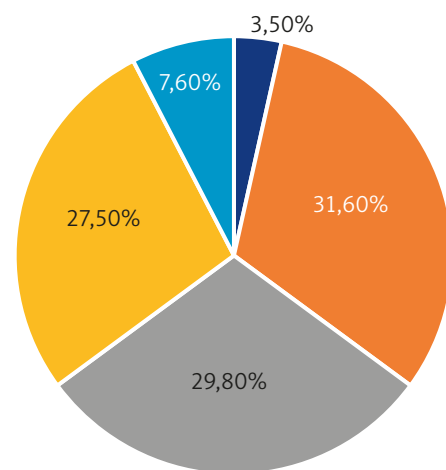


## Polskimi szpitalami zarządzają przede wszystkim ekonomiści



Temat jest szczególnie aktualny w związku z informacjami Ministerstwa Zdrowia o planach utworzenia certyfikowanego korpusu menedżerskiego. Celem badania było pokazanie, w jakim stopniu polscy dyrektorzy są menedżerami z bogatym doświadczeniem, znajomością sytuacji rynkowej, odbytymi licznymi kursami oraz z certyfikatami i dyplomami w zakresie zarządzania placówkami medycznymi. Dziękujemy STOMOZ za pomoc w dystrybucji ankiety.

Ryc. 1. Struktura wiekowa badanej grupy



- mniej niż 35 lat
- 36–45 lat
- 46–55 lat
- 56–65 lat
- więcej niż 65 lat

Badanie przeprowadzono w czerwcu 2021 r. Uczestniczyło w nim 196 dyrektorów polskich szpitali, 58% badanych stanowili mężczyźni, a 42% kobiety.

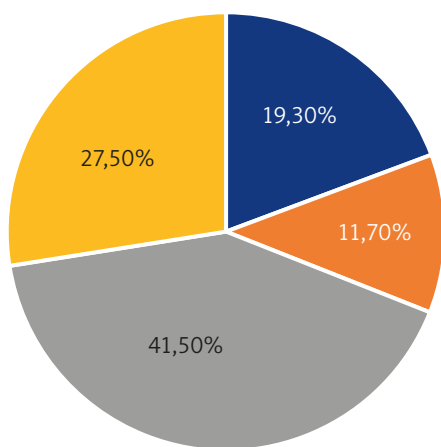
Strukturę wiekową ankietowanych przedstawiono na rycinie 1.

Najwięcej dyrektorów wskazało wykształcenie ekonomiczne jako główne – aż 41,5% ankieto-

W 2019 r. przeprowadziliśmy badanie ankietowe dotyczące satysfakcji menedżerów szpitali. Pytaliśmy dyrektorów m.in. o to, czy są zadowoleni ze swojej pracy, jak oceniają współpracę z personelem, organami założycielskimi, czy poleciliby swoje miejsce pracy.

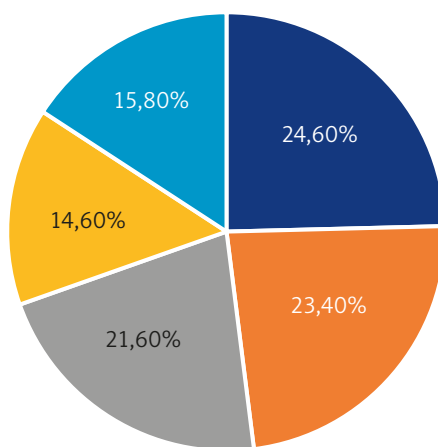
W tym roku zapytaliśmy, jakie doświadczenie i kwalifikacje w zarządzaniu mają dyrektorzy polskich szpitali.

Ryc. 2. Wykształcenie wskazane jako główne przez ankietyowanych dyrektorów



lekarz  
prawnik  
ekonomista  
inne

Ryc. 3. Odpowiedzi na pytanie: Jak długo zarządzasz placówkami ochrony zdrowia?



mniej niż 5 lat  
5–10 lat  
11–15 lat  
16–20 lat  
ponad 20 lat



Ryc. 4. Odpowiedzi na pytanie: Czy uważasz, że korpus certyfikowanych menedżerów szpitali to dobry pomysł?

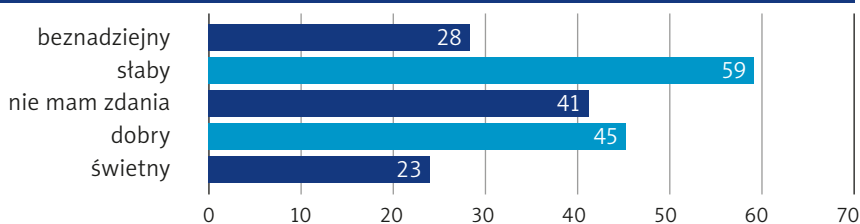


Tabela 1. Odpowiedzi na pytanie, którzy pracownicy szpitali poza dyrektorami powinni odbyć szkolenia podyplomowe z zarządzania

Odpowiedzi	Kluczowi menedżerowie wyższego szczebla, administracja	Kluczowi menedżerowie średniego szczebla, lekarze, np. ordynatorzy	Kluczowi menedżerowie średniego szczebla, np. pielęgniarki oddziałowe, koordynujące	Kluczowi menedżerowie średniego szczebla, inni medycy, np. fizjoterapeuci, diagnosty, farmaceuci	Członkowie rady nadzorczej i/lub rady społecznej
zdecydowanie powinni	36,3%	24%	20,5%	11,7%	39,8%
powinni	45,6%	48%	45,6%	22,9%	28,7%
nie mam zdania	8,2%	11,1%	11,7%	15,8%	13,5%
raczej nie	9,9%	15,2%	21,1%	32,2%	14,6%
zdecydowanie nie	–	1,8%	1,2%	6,4%	3,5%

» wanych. Lekarzami jest 20% ankietyowanych dyrektorów, a prawnikami prawie 12%.

Inne wykształcenie, np. zdrowie publiczne, pielęgniarstwo, położnictwo, psychologia, informatyka, fizyka, filologia polska, technolog żywienia, diagnosta laboratoryjny, socjologia, farmaceuta, wymieniło 27,5% ankietyowanych (ryc. 2).

Niemal połowa badanych zarządza placówkami ochrony zdrowia mniej niż 10 lat, 21,60% 11–15 lat. Dwudziestu dziewięciu dyrektorów zarządza jednostkami medycznymi 16–20 lat, a 31 ponad 20 lat (ryc. 3).

Nieco ponad połowa ankietyowanych zarządza obecnym szpitalem mniej niż 5 lat, prawie 1/4 5–10 lat, a 17% 11–15 lat. Niespełna 10% badanych zadeklarowało zarządzanie tą samą placówką więcej niż 15 lat.

Podmiotami innymi niż szpitale zarządzało 57,3% respondentów. Wśród najczęściej wymienianych instytucji znalazły się: spółka giełdowa, pogotowie ratunkowe, stowarzyszenia, kasa chorych, NFZ, przychodnie prywatne, spółki prawa handlowego, starostwa. Wśród badanych dyrektorów 65% nie posiada dyplomu MBA i tylko połowa z nich deklaruje chęć jego uzyskania w ciągu najbliższych 2 lat.

Studia podyplomowe, które mają zastosowanie w zarządzaniu ochroną zdrowia, ukończyło 78,5% osób biorących udział w badaniu. Zapytaliśmy dyrektorów, co sądzą o planach utworzenia korpusu certyfikowanych menedżerów szpitali. 44% uważa ten pomysł za słaby lub wręcz beznadziejny, 1/5 nie ma zdania na ten temat. Nieco ponad 30% uznaje pomysł za dobry, a nawet świetny (12%) (ryc. 4). Niewiele ponad połowa ankietyowanych planuje wziąć udział w dodatkowych certyfikowanych studiach podyplomowych mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Wśród najczęściej wymienianych kierunków znalazły się: prawo w ochronie zdrowia, DBA, studia doktoranckie, audyt, księgowość, zarządzanie ryzykiem, zarządzanie jakością, lean management.

Dyrektorzy, którzy deklarowali, że nie chcą i nie planują dodatkowych studiów, jako najczęstszy powód wymieniali ukończenie już

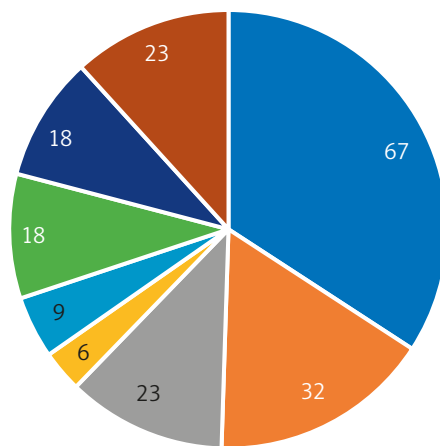
wielu kierunków, a niemal 45% stwierdziło, że studia te są zbyt oderwane od tego, czego potrzebują w praktyce zarządczej.

Zapytaliśmy dyrektorów, którzy pracownicy szpitali także powinni odbyć szkolenia podyplomowe z zarządzania. Wyniki zestawiono w tabeli 1.

Osoby, które zaznaczały odpowiedź świadczącą o przekonaniu, że dana grupa zawodowa nie musi lub nie powinna odbywać dodatkowych szkoleń podyplomowych z zarządzania placówką medyczną, najczęściej podawały następujące przyczyny:

- menedżerowie wyższego szczebla:
  - mają wiele ukończonych,
  - programy studiów są dalekie od tego, co jest potrzebne w praktyce,
  - słaby poziom studiów;
- menedżerowie średniego szczebla, lekarze:
  - nie mają czasu,
  - programy studiów są dalekie od tego, co jest potrzebne w praktyce,
  - słaby poziom studiów;
- menedżerowie średniego szczebla, pielęgniarki:
  - studia są zbyt oderwane od rzeczywistości,
  - takie studia nie są potrzebne pielęgniarkom,
  - nie mają czasu, za wysoki koszt;
- menedżerowie średniego szczebla, inne zawody, np. fizjoterapeuta, farmaceuta:
  - studia są oderwane od praktyki,

Ryc. 5. Odpowiedzi na pytanie: Jaką placówką obecnie zarządzasz?



- szpital I poziomu PSZ
- szpital II poziomu PSZ
- szpital III poziomu PSZ
- szpital pediatryczny
- szpital onkologiczny lub pulmonologiczny
- szpital ogólnopolski
- szpital pozaszpitalowy
- inne

- takie studia nie są im potrzebne;
- rada nadzorcza, rada społeczna szpitala:
  - takie studia nie są im potrzebne,
  - studia są zbyt oderwane od praktyki,
  - wiele z tych osób już je ukończyło.

Należy jednak zaznaczyć, że niemal 70% respondentów opowiedziało się za koniecznością posiadania takich studiów przez członków rady nadzorczej i rady społecznej.

Na rycinie 5 przedstawiono wykres dotyczący rodzajów szpitali, którymi zarządzają badani dyrektorzy. Najwięcej odpowiedzi udzielili dyrektorzy szpitali I poziomu PSZ.

Przeprowadzone badanie będzie punktem wyjścia do rozmów na temat utworzenia korpusu menedżerskiego.

Zestawienie badania satysfakcji dyrektorów z badaniem dotyczącym wykształcenia daje nam obraz polskiego menedżera. Kolejne analizy PFSz będziemy publikować na stronie [www.pfsz.org](http://www.pfsz.org).

Polska Federacja Szpitali to najbardziej reprezentatywna organizacja pracodawców szpitali w Polsce „ponad podziałami”. Jesteśmy głosem polskich szpitali, głosem dyrektorów na forum krajowym i międzynarodowym. ■

**Urszula Szybowicz**  
dyrektor operacyjna PFSz  
**prof. Jarosław J. Fedorowski**  
prezes Polskiej Federacji Szpitali



## Rabat dla medyka

W marcu tego roku Polska Federacja Szpitali zorganizowała ogólnopolską akcję pod hasłem „Rabat dla Medyka”.

**D**zięki wsparciu mediów, partnerów i influencerów dotarliśmy do wielu przedsiębiorstw, które dobrowolnym rabatem dla personelu medycznego wsparły medyków walczących z pandemią COVID-19 w podmiotach leczniczych.

Marzec 2021 r. był jednym z najtrudniejszych momentów walki z pandemią COVID-19 w Polsce. Wierząc w moc ludzkiej solidarności i chęci bezinteresownej pomocy, PFSz zaprosiła przedsiębiorstwa do udziału w akcji „Rabat dla Medyka”. W odpowiedzi wiele z nich wykazało chęć wsparcia pracowników ochrony zdrowia w tym trudnym czasie.

Prezentujemy listę firm, które uczestniczyły w akcji „Rabat dla Medyka”:

- Bella Ragazza,
- CareCOMM LED,
- Centrum Osteostrom,
- Deccares,
- eMedica,
- Fit Kalorie,
- Fotografia Anna Berger,
- Hemp Juice,
- Herbal Pharmaceutica,
- IHG – Hotele Holiday Inn, The Hub, Crowne Plaza Warsaw,
- L37,
- Moreso,
- NTFY Catering dietetyczny,
- O2Fit,
- Ogólnopolski Przegląd Medyczny,

- Oops Fitness Studio,
- Pozerki,
- Spoko fotografia,
- Studio Pajewska,
- Takes care,
- We'Support,
- Vistula.

Na potrzeby akcji PFSz przygotowała specjalne logo, którym mogły dysponować zaangażowane firmy. ■

**Katarzyna Sosińska**  
PR & Marketing Manager  
**Urszula Szybowicz**  
dyrektor operacyjna PFSz



# Polska Federacja Szpitali członkiem International Hospital Federation

W kwietniu tego roku Polska Federacja Szpitali została pełnoprawnym członkiem International Hospital Federation. IHF to jedyna światowa organizacja szpitali.

The International Hospital Federation (IHF) is very happy to welcome the Polish Hospital Federation (PFSz) among its full members. Over the year 2020, in this very challenging period, we have highly appreciated the contribution of Prof. Jarosław 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 Dr 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 giving 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 Dr Fedorowski coming to the World Hospital Congress hosted in Barcelona (<https://worldhospitalcongress.org/>) on November 8<sup>th</sup> to 11<sup>th</sup>. 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 as a full member to take active role in governance of IHF and in shaping the future of hospitals around the world. ■

Ronald Lavater  
CEO, International Hospital Federation, Geneva, CH

## Urszula Szybowicz w gronie uczestników programu IHF Young Executive Leaders



Dyrektor operacyjna Polskiej Federacji Szpitali mgr zdrowia publicznego Urszula Szybowicz została wybrana do prestiżowego projektu realizowanego przez International Hospital Federation pod nazwą IHF Young Executive Leaders (YEL).

Urszula Szybowicz będzie jedną z 34 osób biorących udział w projekcie z 19 państw świata i jako jedyna będzie reprezentować Polskę w tegorocznej edycji. Dzięki temu programowi wschodzący liderzy mają szansę zabrać głos w imieniu swoich szpitali, regionów i krajów podczas ważnych rozmów międzynarodowych i przedstawić go szerszej społeczności opieki zdrowotnej. Poprzez program YEL uczestnicy będą budować trwałe relacje i poszerzać swoją sieć zawodową. W grupie omówią aktualne trendy, wyzwania i możliwości dla młodych liderów opieki zdrowotnej, tworząc środowisko dla żywego i ekscytującego dialogu. Od 2021 r. IHF współpracuje z WittKieffer, przodującą globalną firmą doradczą w zakresie przywództwa. Wspólnie będziemy rozwijać program YEL i oferować wybranym młodym liderom wyjątkowe doświadczenie, które przyspieszy ich rozwój zawodowy, poszerzy ich sieci i przyniesie wiedzę z różnych środowisk i dyscyplin. Od kwietnia do listopada, oprócz tworzenia trwałych relacji z rówieśnikami na całym świecie, członkowie YEL będą omawiać aktualne trendy i wyzwania w opiece zdrowotnej podczas sesji szkoleniowych i kursów mistrzowskich w ramach programu. Najważniejszym wydarzeniem dla grupy programowej jest udział w Światowym Kongresie Szpitali IHF 8–11 listopada w Barcelonie, gdzie zostaną wręczone dyplomy YEL Alumni. ■



## SPRAWY MIĘDZYNARODOWE

# Pomoc dla Chorwacji

Polska Federacja Szpitali zorganizowała pomoc w postaci sprzętu medycznego i wsparcia finansowego dla szpitala w Sisak w Chorwacji. Pod koniec zeszłego roku środkową Chorwację nawiedziło potężne trzęsienie ziemi, w którym zginęło kilka osób i kilkadziesiąt zostało rannych.

**T**rzęsienie ziemi w grudniu 2020 r. w Chorwacji było najpotężniejszym kataklizmem w ostatnim czasie w tym rejonie. Największe straty poniosły miejscowości Petrinja i Sisak, w tym szpital w Sisak, który ewakuował swoich pacjentów i uległ zniszczeniu.

Polska Federacja Szpitali zorganizowała pomoc medyczną i finansową dla szpitala w Sisak przy wsparciu swoich partnerów:

- firma eMedica.com dostarczyła pulsoksymetrię i lampy bakteriobójcze,
- firma SIDLY przekazała opaski do telemonitoringu,

- Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem przekazał łóżka szpitalne,
- Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu dostarczył łóżka szpitalne, kardiomonitoring, respiratory, pompy jednostrzykawkowe i monitory do intensywnej terapii,
- firma Selvita SA przekazała darowiznę finansową,
- HMS Assistance przekazało pulsoksymetrię oraz podgrzewarki do żywienia noworodków.



Pragniemy złożyć ogromne podziękowania Tomaszowi Kopcowi i Monice Burzyńskiej z Fundacji System Aktywizacji Seniora za pomoc w kwestiach formalnoprawnych związanych z darowizną, a także wielkie podziękowania i słowa uznania firmie Althea Polska – Agnieszce Weiner i Monice Leśniewskiej – za profesjonalne wsparcie i błyskawiczną pomoc w transporcie sprzętu do szpitala w Chorwacji. ■

**Urszula Szybowicz**  
dyrektor operacyjna PFSz

**J**est mi niezmiernie miło, że doprowadziliśmy do udanej realizacji projektu pomocy dla Szpitala Ogólnego im. Dr. Ivo Pedisic w Sisak w Chorwacji. Byliśmy jako Polacy wstrząśnięci ogromem zniszczeń z powodu trzęsienia ziemi z epicentrum nieopodal szpitala. Mając na uwadze świetne i bezpośrednie kontakty z przedstawicielami Chorwacji na forum Rady Gubernatorów Europejskiej Federacji Szpitali HOPE oraz więzy przyjaźni łączące Polskę i Chorwację, postanowiłem zainicjować akcję pomocową. Niedługo po trzęsieniu ziemi skontaktowałem się osobiście z sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia Republiki Chorwacji dr. Zeljko Plazonicem, który jest jednocześnie gubernatorem Chorwacji w HOPE. Dr Plazonic podał kontakt do zarządu poszkodowanego szpitala i uzyskaliśmy odpowiedź, że zarówno różnorodny sprzęt, jak i pieniądze byłyby bardzo pomocne. Zorganizowaliśmy szybko federacyjny zespół roboczy i zwróciliśmy się do szpitali oraz do firm będących członkami wspierającymi PFSz – otrzymaliśmy konkretne deklaracje darowizn. Po upewnieniu się u strony chorwackiej o przydatności zadeklarowanego wyposażenia przeprowadziliśmy w czasach krytycznie narastającej presji pandemicznej całkiem skomplikowaną operację odbioru, odprawy, transportu i dostarczenia darowizny do Chorwacji. Pozyskaliśmy także darczyńcę finansowego. Efektem naszych spontanicznych działań jako organizacji pozarządowej jest pomoc o wartości kilkunastu tysięcy euro, która zmaterializowała się dzięki zaangażowaniu zespołu, szpitali i partnerów Federacji. Słowa uznania dla wszystkich darczyńców, uczestników i partnerów przedsięwzięcia, wymienionych w informacji szczegółowej. Wielkie gratulacje dla koordynatora akcji, Urszuli Szybowicz, dyrektor operacyjnej PFSz. To pierwszy na taką skalę międzynarodowy projekt pomocowy zrealizowany przez Polską Federację Szpitali i jej partnerów. Działamy razem na rzecz poprawy sytuacji szpitali! ■

**Jarosław J. Fedorowski, prof. uniw., MD, PhD, MBA**  
prezes Polskiej Federacji Szpitali  
gubernator i członek Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali i Ochrony Zdrowia HOPE





## SPRAWY MIĘDZYNARODOWE

# Plany HOPE na 2021 r.

**E**uropejska Federacja Szpitali (HOPE) w grudniu 2020 r. przygotowała i zaprezentowała na swojej stronie internetowej raport „Roczny plan na 2021 r.”. W dokumencie określono najważniejsze zadania stojące przed HOPE w 2021 r. i tematy, które będą podejmowane w projektach, debatach i działaniach międzynarodowych.

Najważniejszym zadaniem HOPE jako organizacji zrzeszającej (poprzez organizacje poszczególnych państw członkowskich) szpitale jest wpływ na unijną legislację, która powinna brać pod uwagę rzeczywiste potrzeby różnorodnych systemów ochrony zdrowia państw członkowskich. W związku z tym HOPE monitoruje projekty i regulacje o charakterze wiążącym oraz te, które są tylko wytycznymi i zaleceniami, a także bierze udział w debatach z kluczowymi interesariuszami polityki zdrowotnej.

W 2021 r. HOPE będzie się spotykać z Komisją Europejską, aby omawiać istotne zagadnienia

i kontynuować dotychczasowe inicjatywy w Parlamencie Europejskim. Będzie też wspierać kolejne prezydencje roku 2021, sprawowane przez Portugalię i Słowenię.

Centrala HOPE będzie kontynuować wydawanie comiesięcznego e-Biuletynu, którego celem jest gromadzenie informacji z obszaru europejskiego, prezentacja artykułów w tym zakresie oraz informacji od członków HOPE. Jeśli sytuacja epidemiczna w Europie pozwoli, po dwuletniej przerwie zostaną wznowione wizyty studyjne w wybranych szpitalach państw członkowskich.

W planach HOPE na 2021 r. jest ściśle monitorowanie wniosków Komisji Europejskiej w zakresie projektów rozporządzeń dotyczących oceny technologii medycznych (HTA), zagrożeń transgranicznych, Europejskiej Agencji Leków i Europejskiego Centrum Kontroli Chorób, sytuacji kryzysowych, wniosków legislacyjnych w sprawie systemu przechowywania danych, postępowań rewizyjnych w za-

kresie dyrektywy dotyczącej przeszczepiania krwi, tkanek i komórek oraz postępowań dotyczących leków stosowanych w chorobach rzadkich, a także postępowań rewizyjnych w zakresie ochrony pracowników narażonych na oddziaływanie czynników rakotwórczych i powodujących mutacje genowe.

\*\*\*

HOPE będzie też podejmować działania w celu nadzorowania wdrażania i stosowania rozporządzeń i dyrektyw europejskich wprowadzonych w latach poprzednich, m.in.: dyrektywy fałszywkowej, dyrektywy transgranicznej włącznie z Europejską Siecią Referencyjną (ERN), dyrektywy w sprawie czasu pracy, rozporządzenia dotyczącego wyrobów medycznych i diagnostyki *in vitro*, szczególnie w zakresie użycia wyrobów, bezpieczeństwa cyfrowego, unikalnej identyfikacji urządzeń oraz europejskiej bazy danych o wyrobach medycznych (EUDAMED).

Od 2020 r. HOPE jest zaangażowana w wiele projektów jako ich partner bądź doradca. Są to m.in.:

- TeNDER – wielosektorowy projekt mający na celu rozwój modelu opieki koordynowanej w celu zarządzania wielochorobowością u pacjentów z chorobami neurodegeneracyjnymi. Docelową grupą objętą pilotażem są osoby z chorobą Alzheimera i Parkinsona, u których występują choroby współistniejące, takie jak cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe i inne choroby przewlekłe;
- PERISCOPE – projekt badawczy PERISCOPE 2020 prowadzony z instytucjami europejskimi. Jego realizację zaplanowano do 31 października 2023 r., a celem jest poznanie krótko- i długoterminowego wpływu pandemii COVID-19;
- RE-SAMPLE – projekt badawczy skoncentrowany na wielochorobowości u pacjentów z obturacyjną chorobą płuc (POChP). Program zakłada utworzenie multimodal-

## SPRAWY MIĘDZYNARODOWE

# Program wymiany menedżerów

**W** II kwartale 2021 r. kontynuowano prace związane z naborem i przygotowaniem uczestników do Programu Wymiany Menedżerów HOPE w 2022 r. Decyzją brukselskiej centrali szpitale (gospodarze wymiany) oraz uczestnicy, którzy przeszli kwalifikacje do poprzedniej edycji programu, będą mogli brać w nim udział bez dodatkowej weryfikacji w przyszłym roku. Administracyjnie nabór musi zostać przeprowadzony od początku (start we wrześniu br.), a uczestnictwo

ww. zostanie potwierdzone w procesie tzw. matchingu HEP, który odbędzie się w końcu listopada 2021 r.

Dziesięciu polskich partycypantów programu potwierdziło gotowość do udziału w bieżącej edycji. Gotowość potwierdziły również dwa szpitale gospodarze: Szpital Uniwersytecki w Opolu i Szpital Uniwersytecki w Bydgoszczy, które są gotowe przyjąć pięcioro uczestników z zagranicy. Z piątki partycypantów europejskich dotychczas udział potwierdziła

dwójka wcześniej zakwalifikowanych. Pozostali zostaną dokooptowani.

Innym wydarzeniem, w którym Polska była widoczna na arenie działań HOPE w ostatnim czasie, były badania dotyczące sytuacji związanej z pandemią COVID-19 i walką z nią oraz jej skutkami w Europie pod nazwą BEYOND HOSPITAL DATA. W projekcie koordynowanym przez Damiana Ivankovica z Uniwersyteckiego Centrum Medycznego w Amsterdamie wzięła udział większość krajów Unii Europejskiej. Akcja była prowadzona od stycznia do czerwca 2021 r. i zakończyła się konferencją (webinarem) 8 marca br., na której przedstawiono wyniki i konkluzje dotyczące opisanych powyżej badań.

Ze strony polskiej w przedsięwzięciu wzięły udział trzy osoby: mgr Katarzyna Koch-Brzo-

# Vaccinate Poland

Polska Federacja Szpitali prowadzi akcję promującą szczepienia przeciwko COVID-19 pod hasłem „Vaccinate Poland – Zaszczep się, Polsko!”. Zaszczepieni Polacy to szpitale bez COVID-19, czyli właściwie funkcjonujące, chroniące swoich pacjentów i pracowników. Dla nas wszystkich oznacza to powrót do normalności oraz bezpieczniejsze jutro.

Celem kampanii społecznej „Vaccinate Poland – Zaszczep się, Polsko!” jest zmotywowanie Polaków do szczepień, edukacja w zakresie szczepionek i ich działania, a także walka z *fake newsami*, które szczególnie w ostatnim czasie rosną w siłę, także medialnie. Kryzys autorytetów, negatywne nastroje społeczne, rodzinne tragedie zdrowotne czy finansowe sprawiają, że Polacy szczególnie podejrzliwie podchodzą do tematu szczepienia przeciwko COVID-19, powołując się na różne, często niesprawdzone źródła. Polska Federacja Szpitali, organizacja o statusie autorytetu, za którą stoją znamienici przedstawiciele polskiego środowiska lekarskiego, postanowiła zabrać głos w tej sprawie, stając na czele ruchu wspierającego szczepienia Polaków przeciwko COVID-19. – *Nie mogłem zostać obojętny wobec dezinformacji, na której korzystają głównie osoby przeciwne szczepionkom, głośno wykrzykujące swoje niesprawdzone racje. Nie dziwię się, że Polacy są zagubieni. Zaproponowałem włączenie się środowiska menedżerów ochrony zdrowia reprezentowanego przez PFSz do promocji szczepień przeciwko COVID-19 poprzez uruchomienie inicjatywy „#VaccinatePoland – Zaszczep się, Polsko!”. Polacy mają prawo do rzetelnej, autentycznej informacji o szczepieniach przeciwko COVID-19, za którą stoją wybitni profesorowie, dyrektorzy i prezesi ze środowiska medycznego w Polsce – mówi Jarosław J. Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali.*

nej bazy danych rejestrującej przypadki medyczne, ich analizę i opracowanie wytycznych w zakresie postępowania klinicznego oraz wdrożenie sztucznej inteligencji (AI) do modelowania i analizy wyników projektu;

- ALADDIN – projekt dotyczy produkcji przyrostowej, tj. addytywnej (*additive manufacturing*), czyli technologii wykorzystującej druk 3D do budowy „warstwa po warstwie” nowych produktów;
- Hosmart AI – projekt kreujący wspólną, otwartą i zintegrowaną platformę z niezbędnymi narzędziami do udostępniania i pomiaru korzyści ze stosowania zintegrowanej technologii cyfrowej (robotyki i sztucznej inteligencji) w przebiegu chorób nowotworowych, gastroenterologicznych, neurologicznych, geriatrycznych.

W 2021 r. HOPE będzie kontynuować działania w następujących obszarach: ocena technologii medycznych, szczepienia, choroby rzadkie i e-zdrowie.

Ogłoszono również, że 39. edycja programu wymiany menedżerów została przełożona na II kwartał, a konferencja podsumowująca ten program odbędzie się 3–5 czerwca 2022 r. w Brukseli.

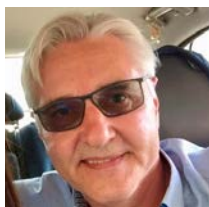
W bieżącym roku HOPE wyda nową edycję publikacji „Rynek szpitalny w Europie”, oficjalną księgę referencyjną. Będzie ona zawierać studia przypadków, artykuły informacyjne i in. ■

Szczegółowe informacje na temat działań HOPE znajdują się na stronach [www.hope.be](http://www.hope.be) oraz [www.pfsz.org](http://www.pfsz.org).



**Anna Warczyńska**  
oficer łącznikowy  
(Liaison Officer)  
wiceprzewodnicząca  
Rady Naczelnej PFSz

zowska, naczelną pielęgniarką ze szpitala powiatowego w Międzychodzie, dr Tymoteusz Mańkowski, lekarz radiolog ze szpitala im. Kopernika w Łodzi, oraz mgr inż. Robert Wyskiel, zastępca dyrektora ds. administracyjno-technicznych w szpitalu im. św. Ojca Pio w Przemyślu. Wybór badaczy do projektu pozwolił na uzyskanie najlepszych rezultatów, które były założone przez organizatorów, a jednocześnie pokazał aktywność uczestników w międzynarodowym projekcie w dobie pandemii. ■



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



Główną misją akcji „Vaccinate Poland – Zaszczep się, Polsko!” jest ochrona oraz wzmocnienie polskich szpitali i systemu ochrony zdrowia w czasach walki z pandemią SARS-CoV-2. Strategia jest jasno sformułowana: osiągnięcie jak najwyższego poziomu wyszczepienia obywateli przeciwko COVID-19. W interesie szpitali jest zaszczepienie jak największej liczby osób, ponieważ zaszczepione społeczeństwo oznacza bezpieczeństwo dla szpitali i ich pracowników oraz możliwość powrotu do normalnego funkcjonowania.

Federacja na rzecz Szczepień przeciw COVID-19 „Vaccinate Poland – Zaszczep się, Polsko!” zaplanowała działania szczegółowe, takie jak publikowanie wystąpień dyrektorów szpitali zachęcające do szczepienia, informowanie o dobrych praktykach w szpitalach w związku ze szczepieniami oraz propagowanie i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań przydatnych w akcji szczepień. Dodatkowo Federacja ma za zadanie propagowanie szczepień w mediach tradycyjnych oraz społecznościowych i popularyzację dobrych praktyk w ramach współpracy międzynarodowej. – *Każdy z nas troszczy się o siebie i swoją rodzinę. Nasza kampania „Vaccinate Poland – Zaszczep się, Polsko!” ma realny wpływ na życie pojedynczego Polaka, ponieważ właściwie funkcjonujące szpitale, bez COVID-19, to większa szansa na uratowanie Twojego życia, kiedy będziesz w potrzebie – podsumowuje Urszula Szybowicz.* ■

#vaccinatePoland #zaszczepiePolsko #szczepieniaCOVID-19 #bemoreHumanum

**Katarzyna Sosińska**  
PR & Marketing Manager

**Urszula Szybowicz**  
dyrektor operacyjna PFSz



# UVD Robot – nowoczesna dezynfekcja ze wsparciem Komisji Europejskiej



Miło nam poinformować, że od końca maja szpitale zrzeszone w PFSz w walce z wirusem SARS-CoV-2 wspiera UVD Robot – najnowocześniejsze technologicznie urządzenie do dezynfekcji i dekontaminacji pomieszczeń, które cieszy się uznaniem na całym świecie.

**P**ozyskanie tego wysokiej klasy urządzenia zawdzięczamy Komisji Europejskiej, która w ramach przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się koronawirusa wyposażała 200 szpitali w Europie w ten innowacyjny sprzęt. O możliwości pozyskania robotów po-

informowała Europejska Federacja Szpitali HOPE, do której od 2011 r. należy PFSz. Wśród obdarowanych jednostek znajdziemy przede wszystkim szpitale zrzeszone w PFSz! Roboty otrzymały: Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki, SPZOZ Szpital Latawiec



w Świdnicy, SPZOZ w Kędzierzynie Koźlu, SPZOZ w Szamotułach oraz UCK w Opolu, a jeszcze kilka placówek czeka na ostateczną decyzję Komisji Europejskiej.

Innowacyjne urządzenie już w 15 minut może zdezynfekować standardowe sale pacjentów za pomocą światła ultrafioletowego, co pozwala na zapewnienie sterylnego środowiska i ogranicza rozprzestrzenianie się wirusa. Dzięki wykorzystaniu światła ultrafioletowego zamiast chemikaliów personel nie musi obsługiwać, transportować ani przechowywać toksycznych, niebezpiecznych lub żrących substancji. Robot jest sterowany zdalnie przez aplikację mobilną z innego pomieszczenia niż dezynfekowane.

Wartość pojedynczego urządzenia to ok. 370 tys. zł. Na zakup robotów do dezynfekcji Komisja Europejska zadeklarowała przeznaczenie 12 mln euro z instrumentu wsparcia w sytuacjach nadzwyczajnych.

Dwie najważniejsze cechy urządzenia to dezynfekcja światłem UVC oraz możliwość samodzielnej pracy. Światło UVC niszczy ponad 99,99% wirusów i bakterii w pomieszczeniach. Robot jest przy tym ekologiczny i oszczędny, nie potrzebuje żadnych dodatkowych środków chemicznych ani wody. Zapewnia oszczędność czasu i pracy personelu sprząającego. Dezynfekcja szpitalnej sali zajmuje maszynie około kwadransa. Robot może być też sterowany aplikacją mobilną.

*– Urządzenie uzupełni pracę personelu sprząającego. Jest to naprawdę dobra wiadomość, ponieważ po raz kolejny zwiększamy bezpieczeństwo pacjentów i personelu oraz zmniejszamy ryzyko zakażeń szpitalnych. UVD Robot to kolejny krok w realizacji strategii bezpieczeństwa bakteriologicznego szpitala – podkreśla Remigiusz Pawelczak, dyrektor SPZOZ w Szamotułach.*

*– Będzie uzupełnieniem stosowanych przez nas obecnie zasad dezynfekcji i dekontaminacji sal szpitalnych, operacyjnych, korytarzy czy innych pomieszczeń, w których wykonywane są czynności medyczne – mówi Katarzyna Sołtys-Bolibrzuch, pielęgniarka epidemiologiczna USK w Opolu.*

*– Udało nam się pozyskać urządzenie za pośrednictwem Polskiej Federacji Szpitali, do której należy nasz szpital – mówi dyrektor generalny USK w Opolu Dariusz Madera. – Cieszymy się, bo dzięki temu możemy podnieść poziom bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego – dodaje.*

**Urszula Szybowicz**  
dyrektor operacyjna PFSz





## BADANIE ANKIETOWE SZPITALI ZRZESZONYCH W PFSZ

# Leczenie stacjonarne skutków stresu pourazowego związanego z pandemią COVID-19 dla pracowników służb medycznych w ramach prewencji rentowej ZUS

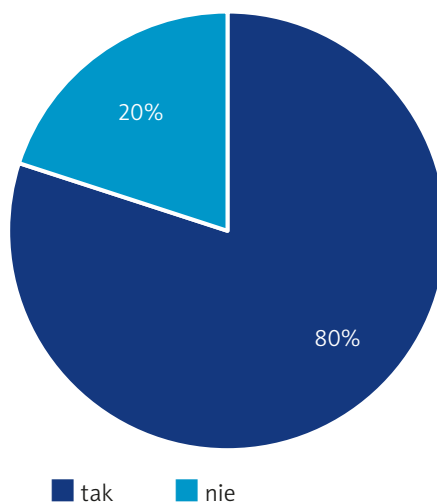
Pandemia COVID-19 w ciągu zaledwie kilku miesięcy radykalnie zmieniła współczesny świat. Polskie społeczeństwo stanęło przed ogromnym wyzwaniem adaptacji do nowej rzeczywistości i skutków nagłych zmian.

Ciężar walki z pandemią także w naszym kraju spoczywa na barkach lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, techników i wszystkich pracowników szpitali i laboratoriów. Mając na względzie, że to właśnie „biała armia” stoi na pierwszej linii frontu, Instytut Zdrowia Człowieka, członek PFSz, podjął działania w celu uruchomienia szybkiej ścieżki kierowania pracowników służb medycznych na rehabilitację schorzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej ZUS. Polska Federacja Szpitali popiera założenia projektu i aktywnie włączyła się w proces uruchomienia szybkiej ścieżki.

W kwietniu i maju pytaliśmy dyrektorów szpitali zrzeszonych w PFSz o konieczność takiego świadczenia dla pracowników medycznych. Przedstawiamy wyniki naszej ankiety (ryc. 1 i 2).

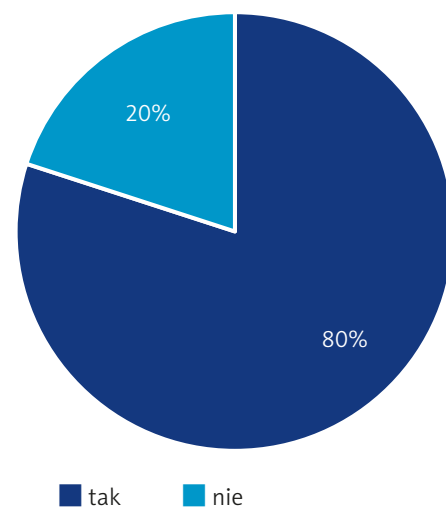
Wszyscy zapytani dyrektorzy potwierdzają zainteresowanie i chęć skorzystania z programu rehabilitacji psychosomatycznej dla personelu walczącego z pandemią. We wszystkich szpitalach pracownicy zgłaszają przemęczenie i problemy zdrowotne spowodowane bardziej intensywną i stresującą pracą, a ponad 60% dyrektorów zauważyło spadek motywacji do

Ryc. 1. Odpowiedzi na pytanie: Czy zaobserwowali Państwo w swoim szpitalu wzmożoną absencję personelu niespowodowaną wprost kwarantanną lub izolacją w związku z COVID-19?



pracy wśród personelu. Wzrosła liczba podań o urlopy, zauważyło to 80% zapytanych dyrektorów. Taka sama grupa zaobserwowała wzmożoną absencję personelu niespowo-

Ryc. 2. Odpowiedzi na pytanie: Czy pracownicy składają więcej podań o urlopy?



dowaną wprost kwarantanną lub izolacją w związku z COVID-19.

Instytut Zdrowia Człowieka realizuje rehabilitację schorzeń psychosomatycznych nieprzerwanie 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. ■

Urszula Szybownicza  
dyrektor operacyjna PFSz



# PFSz o rachunku kosztów oraz restrukturyzacji szpitali

## RACHUNEK KOSZTÓW W PODMIOTACH LECZNICZYCH

5 stycznia 2021 r. w ramach Pracodawców RP odbyło się e-spotkanie w sprawie wdrożenia nowego rachunku kosztów w podmiotach leczniczych (Dz.U. 2020 poz. 2045, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców). W spotkaniu uczestniczyła Ewa Książek-Bator, członek zarządu i dyrektor finansowa Polskiej Federacji Szpitali.

PFSz z racji przynależności do Pracodawców RP i działalności w ramach koalicji Zdrowe Zdrowie PRP uczestniczyła w przygotowaniu stanowiska, które zostało przedstawione w trakcie konsultacji społecznych pod koniec 2020 r. Negatywnie oceniono w nim wprowadzenie nowego rachunku kosztów z początkiem 2021 r. Podczas spotkania wymieniono główne problemy związane z wdrożeniem rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem.

## ZAPOWIEDŹ RESTRUKTURYZACJI SZPITALI

W Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad planem restrukturyzacji szpitalnictwa, w którym istotną rolę mają odgrywać zmiany modelu własnościowego szpitali działających w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Dostępnym wymiernym elementem podjętych działań jest zarządzenie Ministra Zdrowia opublikowane w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia 23 grudnia 2020 r., z którego można się dowiedzieć o utworzeniu zespołu, o jego zadaniach i terminie przygotowania

założeń oraz terminie przygotowania projektu ustawy dotyczącej restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Minister zdrowia powołał 15-osobowy zespół, w skład którego weszli urzędnicy MZ, NFZ, BGK i ARP. Według wypowiedzi przedstawicieli resortu zdrowia zespół ma charakter analityczny. Jego zadaniem jest opracowanie założeń rozwiązań dotyczących:

- restrukturyzacji szpitali, w tym ich zobowiązań,
- przekształceń właścicielskich,
- konsolidacji sektora szpitalnictwa, przeprofilowania szpitali oraz zmiany struktury świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale,
- zwiększenia efektywności i jakości procesów zarządczych oraz nadzorczych,
- utworzenia podmiotu odpowiedzialnego za centralny nadzór nad procesami restrukturyzacyjnymi w sektorze szpitalnictwa i za jego rozwój,
- utworzenia korpusu restrukturyzacyjnego, w skład którego będą wchodzić certyfikowani doradcy restrukturyzacyjni w ochronie zdrowia,
- utworzenia korpusu menedżerskiego, w skład którego będą wchodzić certyfikowani menedżerowie w ochronie zdrowia,
- uwzględnienia specyfiki instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna.

Na tym etapie Polska Federacja Szpitali ma następujące pytania:

- Kiedy do bezpośredniej dyskusji nad projektem zmian zostaną zaproszeni kluczowi uczestnicy systemu ochrony zdrowia?
- Czy Ministerstwo Zdrowia dąży do centralnego nadzoru nad działalnością wszystkich szpitali PSZ?
- Których szpitali miałyby dotyczyć planowane przekształcenia właścicielskie?
- Czy celem projektu jest likwidacja części szpitali samorządowych?
- Jakie mogą być skutki planowanych prac dla szpitali PSZ, których właścicielami są podmioty prywatne?
- Jakie mogą być reperkusje planowanych zmian dla szpitali będących poza PSZ?
- Czy obecna kadra menedżerska zarządzająca szpitalami posiadająca profesjonalne przygotowanie (minimum studia wyższe, najczęściej studia podyplomowe z zarządzania w ochronie zdrowia, a często dyplom MBA) ma być zastąpiona certyfikowanymi w inny sposób menedżerami?
- Jaka ma być rola Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z planowanymi zmianami?

W opinii Polskiej Federacji Szpitali zakres zapowiadanej restrukturyzacji dotyczy fundamentalnych zmian w obszarze właścicielskim, nadzorczym oraz powoływania kadry zarządzającej. W zakresie szpitalnictwa potrzebna jest przede wszystkim merytoryczna dyskusja i współpraca kluczowych uczestników systemu przy konsolidacji sektora, zmianie struktury świadczeń i przeprofilowaniu szpitali. Kluczowe jest opracowanie zasad współpracy szpitali będących na różnych poziomach PSZ w ramach tzw. stopni referencyjności. Pożądane jest wdrożenie mechanizmów zachęcających szpitale do tworzenia organizacji opieki koordynowanej, których celem powinno być świadczenie efektywnych kosztowo i wysokiej jakości usług z zachowaniem ciągłości opieki nad pacjentem pomiędzy rodzajami i stopniami świadczeń leczniczych. W tym zakresie konieczny jest również udział sektora medycyny ambulatoryjnej – specjalistycznej i podstawowej, a także sektora opieki długoterminowej.

Przy tak szerokim i głębokim zasięgu projektowanych zmian wyznaczone terminy przygotowania założeń rozwiązań dotyczących restrukturyzacji szpitali (nie później niż 28 lutego 2021 r.) oraz przedstawienia projektu ustawy (nie później niż 31 maja 2021 r.) mogą być mało realne. Jednym z podstawowych mankamentów prowadzonych prac nad istotnymi zmianami w polskim szpitalnictwie jest brak włączenia do projektu od samego początku kluczowych uczestników systemu, a co za tym idzie – brak prac nad pozyskiwaniem sojuszników i partnerów do jego realizacji. W związku z tym oraz w zgodzie z teorią i praktyką zarządzania zmianą projekt zmian nieuwzględniający głosów głównych interesariuszy systemu może być skazany na niepowodzenie. ■



# Rehabilitacja pocovidowa — opinia dyrektora

Rehabilitacja pocovidowa to ewidentnie słabo przemyślany i przygotowany „produkt zdrowotny” dla osób wymagających wsparcia po przebyciu COVID-19.

**D**uża grupa osób (szacunkowo 20%) nie jest w stanie wrócić do pełnienia ról społecznych czy do pracy zawodowej sprzed choroby. To dla nich konieczne jest uruchomienie profesjonalnej pomocy pocovidowej. Ministerstwo Zdrowia wyłącznie w Głucholazach, jako jedynej jednostce zdrowotnej, uruchomiło finansowany przez NFZ pilotaż rehabilitacji pocovidowej, a faktycznie fizjoterapii oddechowej, bo tym według opisu jest ten „produkt zdrowotny”. To program dla względnie zdrowych osób, które tak naprawdę mogłyby korzystać z fizjoterapii ambulatoryjnej, bez konieczności zapewnienia 24-godzinnej opieki pielęgniarskiej i nadzoru lekarza.

Usilne monity środowisk medycznych przyniosły efekt. W Ministerstwie Zdrowia i NFZ podjęto decyzję o zakontraktowaniu stacjonarnej rehabilitacji pocovidowej w jednostkach, które już mają kontrakt z NFZ na rehabilitację stacjonarną. Trudno jednak ustalić, kto opracował pierwszą wersję założeń do tej rehabilitacji, bo była ona mało logiczna, niespójna i właściwie trudno określić, dla kogo przeznaczona. Pacjenci do 12 miesięcy od przechorowania COVID-19, praktycznie niezależnie od rozpoznania czy stanu zdrowia, na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nabyli prawo do 2–6-tygodniowej stacjonarnej rehabilitacji pocovidowej.

Wymogi formalne dla realizatorów tego „produktu” sprowadzały się praktycznie do zapewnienia 1 lekarza na 50 pacjentów, całodobowej opieki pielęgniarskiej, obecności psychologa w wymiarze 1/2 etatu bez względu na liczbę pacjentów oraz 1 fizjoterapeuty na 10 pacjentów. Fizjoterapeuta, który miał być przewodnikiem dla pacjenta w zakresie zdefiniowania 96 zabiegów lub średnio 4 zabiegów dziennie (wymóg niedookreślony). Pacjent miał posiadać RTG z opisem, EKG oraz aktualne badania: morfologia, OB i CRP – jako kryterium kwalifikacji. Główne zabiegi w przebiegu rehabilitacji to: kinezyterapia, opukiwanie i oklepywanie klatki piersiowej, treningi marszowe, inhalacje, trening relaksacyjny. W organizacji udzielania świadczeń kluczowe było ustalenie i bieżące korygowanie programu leczenia przez lekarza, pomoc lekarza w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych na wezwanie pielęgniarki, lekarskie badanie wstępne, końcowe

i raz w tygodniu. Według płatnika ważne są „obchody” lekarskie i pielęgniarskie. Ponadto płatnik uznał, że ocena stanu zdrowia i monitoring lekarza ma polegać na wykonaniu testu wysiłkowego lub testu 6-minutowego marszu na początku i na końcu leczenia. Dodatkowo należało ocenić nasilenie duszności w skali MC, stan odżywienia (BMI) oraz obowiązkowo wykonać spirometrię na początku i na końcu leczenia.

Ten „produkt zdrowotny” został wyceniony na 188,00 zł. W Małopolsce zgłosiło się do realizacji programu mnóstwo podmiotów, szczególnie sanatoryjnych (placówki uzdrowiskowe) oraz kilka szpitali zajmujących się stacjonarną rehabilitacją. Okazało się, że taka wycena absolutnie nie przystaje do leczenia konkretnego pacjenta. Skierowany pacjent, najczęściej po leczeniu szpitalnym, trafiał na oddział rehabilitacyjny. Monity w tym zakresie kierowane do Ministerstwa Zdrowia i NFZ przyniosły szybki efekt, ale niezgodny z oczekiwaniami. Otóż prezes NFZ zdecydował, że od 8 maja 2021 r. (do 7 maja br. obowiązywały zasady wersji pierwszej) wchodzi w życie wersja druga zasad, tj. na pocovidową rehabilitację stacjonarną może być przyjęty pacjent do 6 miesięcy od przechorowania COVID-19 pod warunkiem jednakże, że w skali Barthel osiągnie 60 punktów lub mniej. Skala Barthel stosowana jest zasadniczo do oceny stopnia samodzielności w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji. Absolutnie nie przystaje do pacjenta pocovidowego. Taki pacjent ma bowiem najczęściej problemy z oddychaniem (wymaga okresowej tlenoterapii), ma problemy kardiologiczne czy neurologiczne, ale potrafi samodzielnie jeść, myć się, korzystać z toalety. Zatem z dnia na dzień zmieniono status pacjenta pocovidowego z tzw. spacerującego z kijkami na obłożnie chorego.

Nastąpił więc kolejny monit do Ministerstwa Zdrowia i NFZ, co zaowocowało trzecią wersją zasad, także z wejściem w życie w następnym dniu po ogłoszeniu, tj. od 3 czerwca 2021 r. Ta wersja jest już do przyjęcia i może być realizowana przez podmioty lecznicze. Pracowali nad nią podmioty lecznicze z Małopolski, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i NFZ oraz konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji leczniczej. I choć zawarte w niej rozwiązania są kompromisem wniosków, to jednak ten kompromis został zaakceptowany.

W zasadach tych dookreślono podstawę skierowania (konieczny wypis z leczenia szpitalnego COVID-19 lub dodatni wynik testu PCR w kierunku wirusa SARS-CoV-2). Sprecyzowano także, co oznacza zakończenie leczenia w kierunku COVID-19 – jest to data zakończenia izolacji domowej, data wypisu ze szpitala lub data wypisu z izolatorium. Wyznaczono również kliniczne kryterium kwalifikacji do objęcia świadczeniem pacjentów z powikłaniami lub następstwami po przebyciu COVID-19 w zakresie układu oddechowego, krążenia, nerwowego lub ruchu. Wprowadzono kwestionariusz oceny codziennego funkcjonowania oraz oceny siły mięśniowej, a także ocenę dolegliwości utrzymujących się po przebyciu COVID-19 i/lub skalę nasilenia duszności. W zasadach zapisano także, że do skierowania powinny być dołączone aktualne wyniki badania morfologii, CRP, EKG (EKG może być wykonane przez realizatora rehabilitacji) oraz badania obrazowe: RTG lub rezonans magnetyczny albo tomografia komputerowa z opisem. To racjonalny kierunek obrany przez płatnika. Obligatoryjność całodobowego dostępu do RTG czy badań diagnostycznych, w tym gazometrii, też jest uzasadniona. Płatnik dostrzegł konieczność posiadania w zasobach kadrowych lekarza specjalisty rehabilitacji leczniczej (lub lekarza w trakcie specjalizacji albo balneoklimatologa lub w trakcie specjalizacji w tym zakresie) w wymiarze minimum 1/4 etatu i zmniejszył liczbę łóżek do 25 na jeden etat. Trochę jednak niewytłumaczalne jest przypisanie lekarza do łóżek (pustych), a nie do liczby pacjentów. Mam nadzieję, że to może być przedmiotem przyszłych negocjacji.

Dobrym rozwiązaniem jest przypisanie 1/2 etatu psychologa na 25 pacjentów. Pomoc psychologiczna jest niezbędna w przywracaniu sprawności psychoruchowej.

Trudno jedynie zaakceptować stawkę 188,00 zł, jednakową dla wszystkich pacjentów. W załączniku do zarządzenia prezesa NFZ w pozycjach „Rekomendowany program leczenia” w pkt. 12 dostrzeżono, że pacjenci po COVID-19 mają choroby współistniejące, które są niemożliwe do pominięcia w procesie rehabilitacji i wymagają generujących wysokie koszty farmakoterapii i badań diagnostycznych. Stąd kierowany do Ministerstwa Zdrowia i NFZ apel o dokonanie podziału pacjentów pocovidowych na 2 grupy: tych, dla których kwota 188 zł jest wystarczająca, oraz tych o cięższym przebiegu i z chorobami współistniejącymi, dla których wycena winna być wyższa. ■



**Krystyna Walendowicz**  
dyrektor  
Wojewódzkiego  
Szpitala  
Rehabilitacyjnego  
im. dr. S. Jasińskiego

w Zakopanem, członek Rady Naczelnej PFSz



## Zarządzenie prezesa NFZ w sprawie onkologii

Polska Federacja Szpitali wraz z Pracodawcami RP, Konfederacją Lewiatan oraz Komisją BCC ds. Zdrowia zajęła stanowisko wobec zarządzenia prezesa NFZ w sprawie onkologii.

Zarządzenia prezesa NFZ nie są źródłem prawa powszechnie obowiązującego, ale przekładają się w niezwykle istotny sposób na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej i dostępność świadczeń zdrowotnych. Tym samym opublikowane przez NFZ Zarządzenie Nr 72/2021/DGL z dnia 21.04.2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii oraz Zarządzenie Nr 80/2021/DSOZ z dnia 30.04.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpie-

czenia, poza faktem, że narzucają zmiany od 1 kwietnia 2021 r. (w tym przypadku niestety prawo działa wstecz), wywołują potężny chaos rozliczeniowy i organizacyjny w podmiotach leczniczych. Świadczeniodawcy zostali zobowiązani do usunięcia dotychczasowych sprawozdań dotyczących świadczeń z chemioterapii, korekty faktur i zwrotu środków finansowych, także z tytułu kosztów zastosowanych w trakcie chemioterapii leków. Dodatkowo odebrano świadczeniodawcom prawo do korzystania ze współczynnika korygującego 1,2, który obowiązywał od 2018 r. i był próbą rekompensaty strat generowanych przez podmioty lecznicze w związku z arbitralną decyzją obniżającą o 30% wycenę świadczeń w chemioterapii wprowadzoną od początku 2015 r., wraz z wejściem „pakietu onkologicznego”. Odebranie prawa do korzystania z tego współczynnika naraża podmioty lecznicze na wielomilionowe straty finansowe z tytułu realizacji leczenia onkologicznego. Zapewne nie są to działania, które wpisują się w zapowiadane wsparcie chorych na nowotwory. Dzisiaj dodatkowo w sytuacji ogromnych potrzeb zdrowotnych, w tym onkologicznych, będących skutkami pandemii SARS-CoV-2 konieczne jest zupełnie inne traktowanie świadczeniodawców.

Nadzór nad działalnością NFZ, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości, sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, który bada decyzje podejmowane przez prezesa NFZ i stwierdza ewentualnie ich nieważność, w całości lub w części, w przypadku gdy naruszają one prawo lub prowadzą do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. ■

## Raporty w sprawie ustalenia taryfy świadczeń w zakresie onkologii

Polska Federacja Szpitali skutecznie reprezentuje zrzeszone w niej placówki. Bierze udział w spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia, opiniuje projekty ustaw, zajmuje stanowisko w ważnych dla opieki zdrowotnej sprawach.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) 4 lutego 2021 r. wydała raporty w sprawie ustalenia taryfy świadczeń w zakresie onkologii.

W ustalonym przez AOTMiT terminie PFSz przedstawiła uwagi do raportów, jednak nie zostały one uwzględnione.

21 kwietnia 2021 r. NFZ wprowadził Zarządzenie Nr 72/2021/DGL w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii, a 30 kwietnia 2021 r. Zarządzenie

Nr 80/2021/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia.

Zarządzenia te narzucały zmiany od 1 kwietnia 2021 r., łamiąc zasadę, że prawo nie działa wstecz. Wywołały też potężny chaos rozliczeniowy (korekty faktur, zwrot środków, odebranie prawa do korzystania ze współczynnika korygującego 1,2, który obowiązywał od 2018 r.).

Polska Federacja Szpitali z Pracodawcami RP, Konfederacją Lewiatan oraz Komisją BCC ds. Zdrowia opublikowali stanowisko oraz wystosowali wspólnie 5 maja 2021 r. pismo do ministra zdrowia w tej sprawie.

Reakcja była szybka, ponieważ 4 maja 2021 r. prezes NFZ wydał Zarządzenie Nr 91/2021/

DGL zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii, w którym przywrócono obowiązującą wcześniej zasadę rozliczania świadczeń.

Natychmiastowe działanie PFSz i innych organizacji zrzeszających podmioty medyczne zapobiegło wielomilionowym stratom podmiotów leczniczych z tytułu realizacji leczenia onkologicznego. ■



**Krystyna Barcik**  
dyrektor operacyjna  
Radomskiego  
Centrum Onkologii,  
członek Zarządu PFSz



# Reforma szpitali w ramach Krajowego Planu Odbudowy



**10** czerwca 2021 r. odbyło się spotkanie prezesa Polskiej Federacji Szpitali Jarosława J. Fedorowskiego z ministrem zdrowia Adamem Niedzielskim. Wśród omawianych tematów znalazły się m.in. propozycje Ministerstwa Zdrowia dotyczące reformy szpitali oraz projekt certyfikacji menedżerów szpitali.

PFSz prowadzi obecnie badanie wśród dyrektorów szpitali, którego celem jest pokazanie kwalifikacji i doświadczenia kadry zarządzającej.

Minister zdrowia zaprosił PFSz do dalszych konsultacji i zaproponował, aby nasze środowisko przedstawiło propozycję profilu kompetencyjnego dyrektora szpitala. W tej sprawie zostanie podpisany list intencyjny

między Ministerstwem Zdrowia i PFSz. Planujemy stworzenie grupy roboczej PFSz ds. kadry zarządzającej szpitalami.

Nie oznacza to poparcia dla koncepcji centralnie certyfikowanego korpusu menedżerskiego sektora szpitalnego, jest natomiast działaniem na rzecz promowania dobrze wykształconej, kompetentnej i doświadczonej kadry zarządzającej szpitalami.

W kwestii reformy szpitali PFSz wraz z Polskim Towarzystwem Koordynowanej Ochrony Zdrowia stoi na stanowisku, że należy budować organizację koordynowanej ochrony zdrowia i konkurencję opartą na wartości dla pacjenta. ■

## Fundacja Ku Nowemu – FUKUNO



Współczesny świat określa się akronimem VUCA, od angielskich słów oznaczających zmienność, niepewność, złożoność i niejednoznaczność.

Rzeczywistość ochrony zdrowia można określić jako mega VUCA.

**W**zrastające wymagania pacjentów, płatnika oraz rozlicznych interesariuszy wpływają na konieczność rozwijania u menedżerów rozległych kompetencji zarówno twardych, jak i miękkich. Badania nad kompetencjami przyszłości wskazują na coraz większe znaczenie tych drugich. Z uwagi na niedobory pracowników medycznych potrzebne jest budowanie takiego środowiska pracy, które nie tylko jest atrakcyjne i bezpieczne, lecz także zaspokaja potrzeby pracowników i nadaje sens ich pracy. Takie zadania, jak integracja zespołu, szacunek, tworzenie możliwości otwartego mówienia o problemach i ich rozwiązywaniu, budowanie przynależności do zespołu, zapewnienie przestrzeni do popełniania błędów i uczenia się, wysokie standardy etyczne i moralne, otwarta komunikacja, wymagają podjęcia konkretnych działań ze strony menedżerów. Wśród czynników, które od kilku lat przodują w ogólnopolskich badaniach satysfakcji z pracy prowadzonych od 2016 r. przez firmę LEAN PASSION, znajdują się dobry lider i przyjazna atmosfera. Warto się zastanowić, co może wspomóc budowanie umiejętności liderskich, tworzenie jasnej wizji działania, poczucie wzajemnego zrozumienia, budowanie

współpracy oraz elastyczność i wzmacnianie zdolności adaptacyjnych zespołu.

Ważne ogniwo w realizacji ww. celów stanowi mentoring. Jest on silnie zakorzeniony w biznesie. Mentoring to długoterminowa relacja partnerska między mentorem a mentee, polegająca na rozwoju, wspieraniu oraz dzieleniu się wiedzą i doświadczeniem. Jego celem jest poprawa osiągniętych wyników przez wyposażenie i naukę nowych kompetencji. Można mówić o mentoringu wewnątrzorganizacyjnym oraz zewnątrzorganizacyjnym. W ochronie zdrowia warto wspomnieć zarówno o relacji doświadczony menadżer – jego mniej doświadczony kolega, jak i nauczyciel akademicki – młody lekarz. Dobre efekty przynosi także mentoring prowadzony przez mentora z zewnątrz. Mentoring daje możliwości oparcia się nie tylko na wiedzy merytorycznej, która jest konieczna, lecz także na mniej formalnych więzach oraz relacji mistrz – uczeń. Mentor, wspierając mentee w realizacji dobrze określonych celów, daje szansę na rozwój oraz pokonanie przeszkód. Wspólna praca w zakresie przywództwa, budowania zespołów, zarządzania konfliktem, negocjacji, udzielania pozytywnego feedbacku, wzmacnianie dobrostanu oraz rezyliencji

przynosi efekty zarówno dla mentee, jak i jego otoczenia. Dodatkowo taka relacja buduje pozytywne doświadczenie współpracowników. Efekt dobrego przykładu, dzielenia się wiedzą i wspierania innych przynosi się na kolejne osoby, budując organizację otwartą na zmiany oraz przyjazną dla pracowników. Mentor z zewnątrz daje ponadto możliwości obiektywnego spojrzenia na perspektywy mentee.

Dodatkowym efektem mentoringu, wynikającym ze skupienia się na rozwoju i budowaniu pozytywnego obrazu, jest przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, które stanowi narastający problem w ochronie zdrowia, dotycząc pracowników medycznych i niemedycznych. Przy PFSz została utworzona Fundacja Ku Nowemu. Jej celami statutowymi są promowanie oraz animacja wszelkich przejawów rozwoju menedżerów ochrony zdrowia. Będzie się to działo przez budowanie świadomości rozwoju menedżerów i ciągle podnoszenie ich kompetencji zgodnie z wymaganiami i oczekiwaniami współczesnego świata. Elementami tego rozwoju będą organizacja profesjonalnych procesów rozwojowych, budowanie bazy mentorów działających w ochronie zdrowia, a także budowanie platformy wymiany opinii, formułowania idei oraz standardów w zakresie ciągłego rozwoju w obszarze ochrony zdrowia. Integralnym planowanym elementem jest uruchomienie portalu szkoleniowego online – narzędzia, dzięki któremu zwiększy się dostęp do profesjonalnych szkoleń i kursów na bardzo atrakcyjnych warunkach dla członków PFSz. ■



Grażyna Lewicka  
prezes Fundacji  
Ku Nowemu



# Dlaczego wstąpiliśmy do Polskiej Federacji Szpitali

## GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH

Dołączyliśmy do PFSz, bo chcemy brać czynny udział w dyskusjach dotyczących funkcjonowania sektora ochrony zdrowia. Chcemy zarówno słuchać, jak i dzielić się swoim doświadczeniem z innymi szpitalami. Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (GCM) to renomowany ośrodek uniwersytecki, który od lat słynie z wdrażania najnowocześniejszych metod diagnostyczno-terapeutycznych. Rocznie w szpitalu na



GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE  
IM. PROF. LESZKA GIECA  
ŚlĄskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach

ponad 20 oddziałach i w kilkudziesięciu poradniach specjalistycznych leczy się niemal 200 tys. chorych. Ścisła współpraca wykwalifikowanych zespołów medycznych gwarantuje pacjentom interdyscyplinarną opiekę, a szeroki zakres świadczeń medycznych umożliwia wytyczenie choremu ścieżki od specjalistycznego leczenia szpitalnego poprzez rehabilitację do kontynuacji w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Górnośląskie Centrum Medyczne jako jedyny ośrodek na Śląsku został włączony do programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii, stając się jednocześnie liderem w skali kraju. GCM może się również poszczycić największą w kraju liczbą pacjentów zakwalifikowanych do programu KOS-zawał.

Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca jest strategicznym ośrodkiem medycznym dla mieszkańców Śląska. Placówka posiada SOR, a także zabezpiecza mieszkańców w zakresie chorób sercowo-naczyniowych i kilkunastu innych dziedzin medycyny. To szpital, który cały czas dąży do rozwoju i w którym najlepsze tradycje medycyny łączą się z nowoczesnością. ■



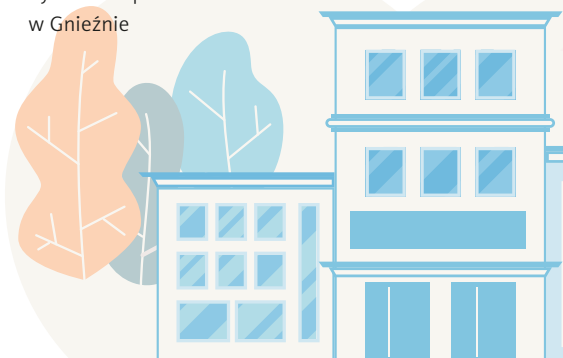
**Klaudia Rogowska**  
dyrektor Górnośląskiego Centrum Medycznego  
im. prof. Leszka Gieca  
ŚlĄskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach

## SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI W GNIEŹNIE

W Szpitalu Pomnik Chrztu Polski rocznie hospitalizowanych jest ok. 3500 pacjentów, ok. 10 000 pacjentów korzysta z pomocy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, a w poradniach specjalistycznych udzielanych jest ok. 7000 porad oraz przeprowadzanych ponad 3500 zabiegów. Wiosną 2021 r. zostanie oddany do użytku nowy, siedmio-kondygnacyjny (w tym lądowisko dla helikopterów) budynek szpitalny z blisko 200 łózkami dla pacjentów. W momencie przyjęcia pierwszego pacjenta Szpital Pomnik Chrztu Polski stanie się jednym z największych i najlepiej wyposażonych szpitali powiatowych w Polsce. Będą w nim funkcjonowały m.in.: oddział chirurgii, oddział ginekologiczny z czterema salami porodów rodzinnych i salą operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, oddział położniczo-neonatologiczny, oddział ortopedii, oddział anestezjologii i intensywnej terapii oraz nowoczesny blok operacyjny z pięcioma salami operacyjnymi. Decyzję o dołączeniu do PFSz podjęliśmy ze względu na dynamiczną i coraz trudniejszą sytuację szpitali w Polsce, z którą zdecydowanie lepiej jest się zmierzyć, działając wspólnie i mówiąc jednym głosem z najbardziej rozpoznawalną i dynamicznie działającą organizacją zrzeszającą setki polskich szpitali. ■



**Grzegorz Sienczewski**  
dyrektor Szpitala Pomnik Chrztu Polski  
w Gnieźnie





## INSTYTUT ZDROWIA CZŁOWIEKA SP. Z O.O.

**I**nstytut Zdrowia Człowieka to wyspecjalizowana sieć klinik rehabilitacyjnych zajmujących się rehabilitacją leczniczą oraz łagodzeniem objawów chorób. Strategicznym kierunkiem działania jest rehabilitacja schorzeń w zakresie narządu ruchu, głosu oraz łagodzenie skutków zaburzeń psychosomatycznych. Obecnie szczególną uwagę kierujemy na interdyscyplinarną rehabilitację pacjentów po przebytych COVID-19 z wykorzystaniem m.in. terapii w komorze normobarycznej. Wierzymy, że członkostwo w PFSz pozwoli nam dotrzeć do jeszcze większej grupy pacjentów wymagających profesjonalnej rehabilitacji, a biorąc udział w szkoleniach i konferencjach organizowanych przez Federację, poszerzymy swoją wiedzę i kompetencje medyczne. Mamy nadzieję, że jako członek najbardziej reprezentatywnej organizacji wpłyniemy na kształt polityki zdrowotnej w Polsce w zakresie rehabilitacji.



**Edyta Przerwa**  
prezes Zarządu Grupy Spółek  
Instytutu Zdrowia Człowieka



## SZPITALNE CENTRUM MEDYCZNE W GOLENIOWIE

**S**zpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie jako spółka medyczna zabezpiecza potrzeby mieszkańców powiatu goleniowskiego. Szpital promuje wysoką jakość usług, czego dowodem jest certyfikat akredytacyjny dla szpitala oraz przychodni podstawowej opieki zdrowotnej. Spółka posiada także akredytację w zakresie prowadzenia specjalizacji w dziedzinie chirurgii, interny oraz pediatrii. W związku z tym w szpitalu odbywa się kształcenie lekarzy rezydentów z zakresu chirurgii i pediatrii, obecnie po dwóch lekarzy rezydentów. Dużym zainteresowaniem cieszą się również praktyki zawodowe studentów pielęgniarstwa i położnictwa, fizjoterapii i radiologii, co może być kluczem do pozyskania nowych kadr medycznych.

Szpital to miejsce pracy, gdzie dramaty ludzkie przeplatają się z radością. To ludzie szczerze oddani drugiemu człowiekowi. Zdarzają się narzekający pacjenci, którzy mają swoje racje i oczekiwania, a po drugiej stronie są ludzie, którzy też mają swoje smutki i radości. Ale nasz szpital to nie tylko biały personel, to także pełnowartościowa i smaczna kuchnia, pracownicy obsługi technicznej dbający o każ-

dą przepaloną żarówkę czy uprzątnięcie liści przed budynkiem. To wreszcie administracja zapewniająca prawidłową organizację pracy i usług szpitalnych. To księgowość, która ogląda trzy razy każdą złotówkę, zanim zostanie ona wydana. To pracownicy działu statystyki dokonujący cudów w zakresie kodowania procedur, co przekłada się na możliwość pozyskania środków. To specjalista do spraw organizacji i rozwoju, który często wykonuje pracę za trzy osoby i nieustannie zastanawia się, skąd pozyskać pieniądze na nowe pomysły. To również pełnomocnik do spraw jakości wykonującej mrówczą pracę, kierujący działaniami zmierzającymi do pozyskania certyfikatu jakości dla szpitala. To pielęgniarka epidemiologiczna, która odpowiada za bezpieczeństwo pacjentów i personelu. To dział farmacji szpitalnej zajmujący się zabezpieczeniem lekowym podopiecznych w trakcie pobytu w szpitalu oraz dział zamówień i przetargów czuwający nad zapewnieniem poszczególnym jednostkom szpitala niezbędnego sprzętu i usług zewnętrznych. To w końcu informatyk dbający m.in. o sprawne funkcjonowanie systemu w szpitalu i zabezpieczenie przed cyberatakami.

To nie jest szpital powiatowy, to szpital mieszkańców Goleniowa, o czym mogli się oni przekonać w okresie pandemii. Szybko reagujemy na zmieniające się potrzeby otoczenia, czego niejednokrotnie daliśmy wyraz. Naszą misją jest wyjątkowe przesłanie: „Zdrowie to najcenniejszy dar. Pomagać, wspierać, leczyć – to nasz cel”. Wspólnie pracujemy na rzecz mieszkańców, jesteśmy otwarci na każdego, choćby najmniejszego pacjenta, o czym mogą świadczyć akcje podejmowane przez SCM w Goleniowie. Prowadzimy cykliczne działania profilaktyczne w ramach białych sobót i niedziel, ale też uczestniczymy w wielu przedsięwzięciach organizowanych dla mieszkańców.

Jako spółka podejmujemy ogromny trud, by spełnić coraz to nowe wymogi organizacyjne wynikające z procesu legislacji. Jako jedni z pierwszych w województwie rozpoczęliśmy proces wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej w skali całego szpitala. Obecnie dwa pierwsze oddziały (chirurgiczny i pediatryczny) pracują już wyłącznie na dokumentacji elektronicznej. W kolejnych jednostkach proces jest bardzo zaawansowany. Naszym celem jest rezygnacja z dokumentacji papierowej do końca czerwca 2021 r. i jest to cel osiągalny. Ogromnym problemem jest brak kadr medycznych oraz średnia wieku pracujących medyków. System nie jest w stanie zapewnić wymiany pokoleniowej. Nasz szpital to ludzie pracujący niejednokrotnie ponad siły, po godzinach, ale cały czas do dyspozycji mieszkańców Goleniowa. Niestety codziennie borykamy się z problemami awarii sprzętowych, ponieważ nie ma środków na naprawę, nie mówiąc już o nowych zakupach. Towarzyszy nam ciągły niepokój o to, czy wszystkie faktury zostaną opłacone i dzięki temu szpital przetrwa kolejny miesiąc. Nieustannie zastanawiamy się, skąd pozyskać środki na rosnące koszty. Ta ciągła walka o codzienność może spowodować eliminację małych szpitali powiatowych. Uwzględniając powyższe uwarunkowania, Zarząd podjął decyzję o przyłączeniu się do PFSz. Mamy ogromną nadzieję, że głos małych szpitali będzie brany pod uwagę i razem będziemy mieli większą moc sprawczą w kształtowaniu systemu.



**Katarzyna Kęcka**  
prezes Zarządu SCM  
w Goleniowie  
Sp. z o.o.



## KUTNOWSKI SZPITAL SAMORZĄDOWY SP. Z O.O.

**22** października 2020 r. Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o. otrzymał decyzję wojewody łódzkiego, na mocy której od 30 października miał rozpocząć funkcjonowanie jako placówka II poziomu zabezpieczenia dla pacjentów z COVID-19 w całości. Innymi słowy – stał się szpitalem jednoimiennym. Decyzja ta wymusiła na nas przekształcenie szpitala w tempie ekspresowym, co organizacyjnie i logistycznie było niemalże niemożliwe. Wymagało bowiem wypisania wszystkich pacjentów z oddziałów szpitalnych i przekazania ich do szpitali niecovidowych, a następnie wydzielenia stref czystych i brudnych oraz dostosowania odpowiednio ciągów komunikacyjnych. Wszystko po to, by pacjenci i personel czuli się bezpiecznie i by maksymalnie ochronić nas przed ewentualnym zarażeniem wirusem. Od początku korzystaliśmy z wiedzy i doświadczenia placówek, które już wcześniej rozpoczęły funkcjonowanie jako jednoimienne. Kadra zarządzająca odwiedzała te jednostki, korzystaliśmy z konsultacji lekarzy specjalistów chorób zakaźnych. Od początku pandemii ogromnym wyzwaniem był zakup środków ochrony indywidualnej. Aby odpowiednio zabezpieczyć siebie i pacjentów, codziennie wykorzystywaliśmy ogromne ilości masek, kombinezonów, gogli, osłon na buty, a to wszystko zwiększyło nasze koszty w ogromnej części. Dzięki wielkiemu wsparciu wojewody łódzkiego, marszałka województwa łódzkiego oraz innych darczyńców, w tym prywatnych firm i osób, zaczęliśmy pozyskiwać środki ochrony indywidualnej oraz niezbędny sprzęt do ratowania życia i zdrowia pacjentów zarażonych SARS-CoV-2. Trudną sytuację szpitala zaczęliśmy przekuć w szansę dla niego.

Organizacyjnie czas ten był niemalym wyzwaniem. Początkowe problemy z kadrą medyczną, której już wcześniej było jak na lekarstwo i która w związku z trudnymi warunkami zвычайnie bała się pracy na oddziałach zakaźnych,

dalej – niewiedza na temat wirusa, postępowania z nim, brak doświadczenia w działaniu jako szpital zakaźny spowodowały, że byliśmy pełni obaw i niepewności. Jednakże cała załoga stanęła na wysokości zadania. Przy ścisłej współpracy kadry medycznej z administracyjną wypracowaliśmy szereg wewnętrznych procedur postępowania z pacjentem zarażonym. Wprowadziliśmy rozwiązania organizacyjne i lokalowe. Śmiało można stwierdzić, że był to sprawdzian dla nas wszystkich.

W początkowym okresie przekształcenia szpitala zmienił się też zarząd. Nowy prezes od początku stanął przed trudnymi zadaniami związanymi z organizacją nowo utworzonego szpitala zakaźnego. Dzięki determinacji i ścisłej, intensywnej współpracy z całą załogą dość szybko udało się wypracować mechanizmy funkcjonowania szpitala. Przez kilka miesięcy nieustannie poszukiwaliśmy źródeł wsparcia finansowego. I znów dzięki pomocy wojewody łódzkiego i marszałka województwa łódzkiego oraz lokalnych władz pozyskaliśmy dofinansowania do inwestycji, takich jak remont oddziału anestezjologii i intensywnej terapii czy częściowa modernizacja centralnego systemu instalacji tlenowej. Otrzymaliśmy wsparcie w postaci sprzętu medycznego, jak choćby tomograf komputerowy, kardiomonitor, respiratory, urządzenia ERWO, pompy infuzyjne.

Od 1 czerwca wracamy do działania w podstawowym zakresie. Stajemy się szpitalem „czystym”. Oznacza to, że po wielu miesiącach funkcjonowania w innym trybie przed nami proces powrotu do zwykłej działalności, jednak cały czas w rzeczywistości pandemii. Jesteśmy pełni nadziei i optymizmu, że znacznie bogatsi o nowe doświadczenia, zorganizowani i zdeterminowani szybko wrócimy do normalności. ■

**Artur Gur**

prezes Zarządu Kutnowskiego Szpitala Samorządowego Sp. z o.o.

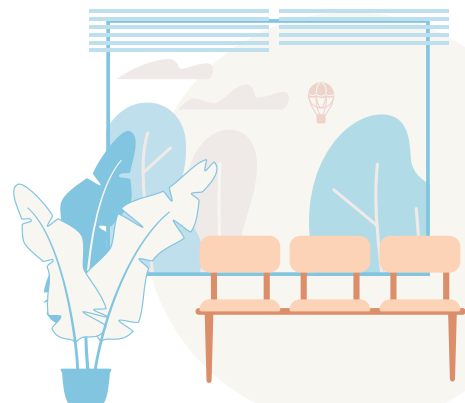
## MYSŁOWICKIE CENTRUM ZDROWIA

**D**ołączyliśmy do PFSz, gdyż doszliśmy do wniosku, że należy wspierać organizacje fachowców w naszym sektorze. Politycy i samorządowcy często wprowadzają zasady i przepisy, które są oderwane od rzeczywistości. Przykładem niech będzie zunifikowany system finansowo-księgowy lub wyścigi, kto zbuduje większe centrum szczytów. Rozwiązywanie nieistniejących problemów przez decydentów politycznych zmusza nas – kierowników podmiotów medycznych – do zrzeszania się w celu wspólnego nacisku na odpowiednie kierunki zmian, a przede wszystkim na chłodną i apolityczną ocenę bieżących działań.

Każda branża ma swoją specyfikę. Nasza to styk bezpieczeństwa zdrowotnego, pieniędzy i polityki, dlatego tak łatwo zrzucić odpowiedzialność za katastrofalne wyniki finansowe na złą politykę zdrowotną państwa, a w niedorzecznej polityce zdrowotnej ukryć nieudolność w zarządzaniu. Wydaje się, że aktualny stan ochrony zdrowia w Polsce jest nie tyle wynikiem nieudolnych reform, co umyślnego utrzymywania pewnej relacji na styku biznesu i polityki. Nie brakuje w Polsce fachowców, którzy mogliby uzasadnić brak różnicy pomiędzy finansowaniem szpitala czy przychodni a finansowaniem np. wodociągów, które mają prawo kształtować swoje ceny na podstawie uchwały rady miasta. NFZ w obliczu wzrostu kosztów i inflacji jest zwyczajnie głuchy i ślepy, bo jak nazwać inaczej niewspółmierne wyceny świadczeń do ponoszonych kosztów i wspieranie się wycenami „agencji do ustalania cen” rodem z poprzedniej epoki? Skoro wodociągi mogą, to szpitale też powinny mieć wyceniać swoje usługi samodzielnie. Efekt trwania tej relacji biznesowo-politycznej to zapaść finansowa szpitali powiatowych, a wprowadzane zmiany tylko ją utrwalają. To są nasze główne problemy – finanse. Z resztą spraw sobie poradzimy. ■

**Kajetan Gornig**

prezes Zarządu Mysłowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.



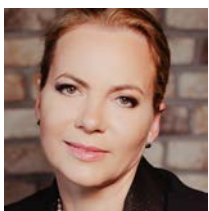


## SZPITAL POWIATOWY IM. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO W ŻŁOTOWIE

Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Żłotowie sprawuje opiekę nad ponad 70-tysięczną populacją powiatu żłotowskiego. Położenie na styku czterech województw oraz dobra renoma placówki sprawiają, że z naszej opieki chętnie korzystają pacjenci z innych powiatów i województw. Zatrudniamy 512 osób. W strukturze organizacyjnej szpitala jest 9 oddziałów dysponujących 264 łóżkami i 15 poradni specjalistycznych. Prowadzimy zakład opiekuńczo-leczniczy i hospicjum. Dysponujemy też oddziałem detoksykacyjnym i terapii uzależnień od alkoholu. Od roku jako jedyni w Wielkopolsce realizujemy pilotaż centrum zdrowia psychicznego. Dwukrotnie uzyskaliśmy certyfikat akredytacyjny Ministerstwa Zdrowia.

Dołączyliśmy do PFSz, ponieważ ważna jest dla nas wymiana wiedzy i doświadczeń. Federacja zrzesza różnorodne placówki medyczne: podmioty publiczne i prywatne, szpitale specjalistyczne, ogólne i monoprofilowe. Pozwala to na spojrzenie z wielu perspektyw na szereg problemów dotyczących całego systemu opieki zdrowotnej. Członkostwo w PFSz umożliwia wymianę informacji oraz wzajemne czerpanie ze swojej wiedzy i praktyki.

Przed nami wiele nowych wyzwań związanych bezpośrednio ze skutkami pandemii i z zapowiadanych zmianami systemowymi. W nadchodzącym okresie konstruktywna współpraca może być kluczowa dla przyszłego kształtu systemu opieki zdrowotnej, a tym samym dobra pacjentów i personelu naszych szpitali. ■



lek. Joanna Harbuzińska-Turek  
dyrektor Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Żłotowie



## SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA-KOŚCIAŁKOWSKIEGO

SPZOZ MSWiA im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego w Białymstoku dysponuje obecnie 159 łóżkami zlokalizowanymi w trzykondygnacyjnym budynku. Szpital to jednostka o wąskiej, wysokospecjalistycznej charakterystyce z 8 oddziałami: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Chirurgii Onkologicznej i Chirurgii Ogólnej, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Oddział Dziennego Leczenia Nerwic i Psychogeriatрії, Oddział Geriatrii, Oddział Kardiologii, Oddział Urologii.

Oddział Geriatrii jako jedyny w województwie podlaskim realizuje procedury diagnostyczno-terapeutyczne z całościową oceną geriatryczną hospitalizowanego pacjenta. Naszym celem jest przywrócenie w miarę możliwości dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego choremu oraz utrzymywanie go na dobrym poziomie. Dodatkowo Oddział Geriatrii stanowi siedzibę Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kształcąc studentów, głównie na kierunku lekarskim oraz pielęgniarstwie.

Dysponujemy uznaną w województwie, wysoko wyspecjalizowaną kadrą medyczną pracującą na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej specjalizującym się szczególnie w endoprotezoplastyce stawów biodrowych, endoprotezoplastyce stawów kolanowych oraz artroskopowych operacjach stawów. Nasi specjaliści pracują na nowo wyremontowanym i wyposażonym oddziale, który dzięki przeprowadzonej modernizacji umożliwi leczenie pacjentów za pomocą nowoczesnej aparatury i w bardziej komfortowych warunkach. Również wysoko oceniani są specjaliści z Oddziału Urologii oraz Oddziału Kardiologii.

W 2019 r. jako pierwsi w województwie wykonaliśmy zabiegi stymulacji pęczka Hisa pod okiem polskiego pioniera tej metody, dr. n. med. Pawła Dąbrowskiego z Zamościa. Planowany zakup urządzenia do wykonywania

procedur elektrofizjologicznych przyczyni się do wzrostu konkurencyjności szpitala w województwie podlaskim pod względem jakości oferowanych usług oraz zakresu procedur związanych z elektroterapią.

Od początku trwania epidemii szpital uczestniczył w opiece nad pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Decyzją wojewody podlaskiego został powołany do zabezpieczenia świadczeń pacjentom z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 jako tzw. szpital jednoimienny, aby w następnych okresach zgodnie ze strategią walki z epidemią przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia, na podstawie kolejnych decyzji pełnić funkcję szpitala wysokospecjalistycznego III poziomu zabezpieczenia oraz jako jeden z 16 szpitali w Polsce – szpitala koordynującego IV poziomu zabezpieczenia COVID-19.

W ramach współpracy z Politechniką Białostocką szpital realizuje aktualnie projekt „Protect Med. – opracowanie innowacyjnych rozwiązań zwiększających bezpieczeństwo personelu i pacjentów szpitali zakaźnych i jednoimiennych”. Celem projektu jest rozwój nowoczesnych rozwiązań technologicznych dotyczących zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w placówce medycznej.

Wstąpiliśmy do PFSz, ponieważ wiemy, że pozwoli to nam jeszcze lepiej planować i efektywniej zarządzać placówką. Przyczyni się również do poprawy funkcjonowania jednostki poprzez możliwość uczestniczenia w szkoleniach i konferencjach organizowanych przez PFSz.

Alicja Skindzielewska  
dyrektor SPZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego





CASE STUDY – WSPÓŁPRACA Z CZŁONKAMI WSPIERAJĄCYMI PFSz

## Kolejny polski szpital wybrał chmurę Oracle

Radom to drugie pod względem wielkości miasto na Mazowszu. W wyniku wybuchu pandemii COVID-19 działa tu tylko jeden SOR. Przed epidemią SOR funkcjonował w szpitalu przy ul. Tochtermana, jednak zgodnie z decyzją wojewody placówka ta przyjmuje wyłącznie chorych na COVID-19. Pacjenci z innymi schorzeniami trafiają do szpitala na Józefowie.

Co dziennie do Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego przyjmowani są pacjenci z całego miasta i okolic z innymi schorzeniami niż COVID-19. W efekcie zaczęło brakować lekarzy, pielęgniarek i ratowników. W związku z tym podmiot leczniczy zaczął się borykać z przepełnieniem i brakami kadrowymi. W pewnym momencie SOR stał się niewydolny.

Tomasz Skura, prezes Zarządu Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu, wielokrotnie apelował do wojewody, że radomski SOR jest na granicy wytrzymałości pod względem kadrowym i infrastrukturalnym. Pandemia COVID-19 uwidoczniła nie tylko problem z niewystarczającym SOR-em, ale także przestarzałą infrastrukturą i małą wydolnością systemu informatycznego szpitala.

W żadnej branży ilość danych nie rośnie tak szybko jak w medycynie. Ze względu na ogrom informacji produkowanych w szpitalu priorytetem według Tomasza Skury jest proces informatyzacji ochrony zdrowia. Przykładem placówki, która wymaga usprawnienia systemu teleinformatycznego jest właśnie radomski szpital.



Tomasz Skura,  
prezes Zarządu  
Mazowieckiego  
Szpitala  
Specjalistycznego  
w Radomiu

– Brak odpowiednich łącz o prawidłowej przepustowości sprawiał wiele problemów i utrudniał sprawne przesyłanie danych. Jednym z wyzwań była słaba baza pamięciowa, która często w trakcie dyżurów nocnych zwieszała się podczas tworzenia kopii zapasowej, a to z kolei utrudniało przesyłanie informacji między oddziałami i odczytywanie wyników pacjentów, kiedy do szpitala trafiali chorzy wymagający pilnej interwencji – mówi Tomasz Skura.

W związku z tym, zarząd placówki podjął decyzję o modernizacji – wybrano przechowywanie danych w chmurze.

– Myśleliśmy nad budową własnej serwerowni, jednak analiza finansowa i analiza bezpieczeństwa wykazały, że nie będzie to dla szpitala efektywne – wyjaśnia prezes Skura.

Teraz dane znajdują się w doskonale zabezpieczonym centrum chmurowym i za ich bezpieczeństwo odpowiada firma Oracle. Ośrodki obliczeniowe klasy *cloud computing* tej firmy nazywane są regionami chmurowymi – w ramach każdego z nich znajdują się trzy rozproszone ośrodki obliczeniowe, a w każdym z nich trzy wyodrębnione strefy *fault domain*. Zapewnia to maksymalne bezpieczeństwo i dostępność aplikacji oraz wszystkich danych.

Szpital pod koniec 2020 r. miał ponad 10-letnią infrastrukturę serwerowo-macierzową bez wsparcia technicznego. W przypadku jakiegokolwiek awarii groziło to całkowitym paraliżem systemów informatycznych, a w związku z tym również praca całego szpitala byłaby zagrożona.

– Tak naprawdę należało zmienić wszystko – od licencji silnika bazy danych po serwery oraz macierze – powiedział w rozmowie z PFSz Marcin Gasek z firmy JT&T. – Jako firma JT&T INFOMED od lat wdrażamy, projektujemy i serwisujemy rozwiązania informatyczne dla jednostek ochrony zdrowia. Mamy doświadczony zespół inżynierów w zakresie instalacji, konfiguracji i administrowania systemami informatycznymi. Dzięki technologii chmurowej Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu nie musi wyposażać ani utrzymywać własnej lokalnej serwerowni, co wiązałoby się z wielokrotnie większym kosztem niż zakup infrastruktury chmurowej. Oparcie działania systemów IT na modelu chmury pozwala także na łatwe wdrażanie kolejnych aplikacji, takich jak elektroniczna dokumentacja medyczna, czy nowego oprogramowania, którego w przyszłości będzie potrzebować jednostka, bez ponoszenia dodatkowych kosztów rozbudowy serwerów czy zakupu licencji bazodanowych – dodał.

Prace wdrożeniowe odbywały się o określonych wcześniej porach – kiedy szpital odnotowywał mniejsze liczby pacjentów.

– Po serii testów i przygotowań przeniesienie wszystkich usług przebiegło spokojnie, mimo że co jakiś czas napotykał się nieznane wcześniej problemy. Nasz zespół pokonał wszystkie trudności i system działa już w całości w chmurze – wyjaśnia przedstawiciel firmy JT&T.



– Przeniesienie systemu informatycznego do chmury to zadanie niebanalne, składające się z wielu procesów – komentuje Robert Grochulski, odpowiedzialny za sektor ochrony zdrowia w Oracle Polska. – Należy uwzględnić ogromną liczbę połączeń pomiędzy różnymi modułami, zapewnić odpowiedni transfer danych, a także pogodzić wiele czasem sprzecznych uwarunkowań. Wymaga to doskonałej kooperacji firmy integratorskiej z zespołem wdrożeniowym powołanym przez klienta, w którym należy zapewnić udział wielu interesariuszy z różnych obszarów biznesowych odpowiedzialnych za prowadzenie projektu. Dzięki doskonałemu przygotowaniu merytorycznemu specjalistów naszego partnera, firmy JT&T, oraz ich wzorowej współpracy z klientem projekt został bardzo szybko ukończony – dodał.

\*\*\*

Szpital po wprowadzeniu chmury zauważył dużą poprawę jakości pracy. Lekarze pracujący na oddziale są w stanie szybko przekazywać informacje o pacjentach, wyniki czy historie leczenia. Jest to istotne w obecnej sytuacji epidemiologicznej, kiedy liczy się każda minuta. Szpital w Radomiu jest w trakcie wdrażania nowoczesnego systemu informatycznego. Problemem są braki sprzętowe. Jak mówi Marcin Gasek, rozwiązanie chmurowe znacznie przyspieszyło pracę na stanowiskach komputerowych, usprawniło administrowanie danymi

i zwiększyło bezpieczeństwo przechowywania danych. Zarząd szpitala chce rozbudowywać i modernizować bazę sprzętową i w kolejnych inwestycjach wymienić stare komputery na nowe, które jeszcze lepiej pokażą efektywność nowego systemu bazy danych. Kolejnym wyzwaniem, które stoi przed Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym w Radomiu, jest rozbudowa SOR-u. Prace mają trwać ok. 20 miesięcy. Tomasz Skura planuje powiększenie SOR-u oraz zaopatrzenie go w urządzenia diagnostyczne z cyfrowym zapisem wyników. Głównym celem jest diagnostyka pacjenta w jednym miejscu, co ma zapewnić ochronę przed narażeniem na zakażenia wewnątrzszpitalne. W dłuższej perspektywie rozwinięcie nowoczesnej technologii w placówce może mieć istotny wpływ na jakość leczenia i bezpieczeństwo pacjentów.

– Przy tak dużej inwestycji podstawą jest sprawnie działający system informatyczny, który pozwoli na połączenie szpitala z SOR-em, a także odpowiedni sprzęt niezbędny do przechowywania danych z dużej ilości urządzeń diagnostycznych. Z obecnie zastosowanym rozwiązaniem chmurowym czuję się jako zarządzający placówką bezpiecznie – zapewnia Tomasz Skura. ■

Urszula Szybowicz  
dyrektor operacyjna PFSz

## Szpital Uniwersytecki w Krakowie testuje Medtransfer do bezkontaktowego przesyłu wyników badań

**M**edtransfer to rozwiązanie, które wychodzi naprzeciw prawdziwym problemom pacjentów. Problemom, które z własnego doświadczenia zna Innocenta Dźwierzynska, pomysłodawczyni i założycielka platformy. Jakiś czas temu zdiagnozowano u niej guza mózgu i choć jest już po udanej operacji, doskonale pamięta emocje i problemy, z którymi musiała się mierzyć jako pacjentka. Jako zdrowsza kobieta postanowiła spróbować je rozwiązać. Tak wpadła na pomysł platformy nawigacyjnej dla pacjentów onkologicznych Mednavi, a później platformy do szybkiego i bezpiecznego przesyłania badań obrazowych (m.in. MRI, TK czy USG) przez Internet, czyli Medtransfer.

Krakowska firma informatyczna Codete i Szpital Uniwersytecki w Krakowie w listopadzie 2020 r. podpisały porozumienie o współpracy nad intensywnie rozwijaną platformą cyfrową Medtransfer dla pacjentów i lekarzy. Pilotaż rozpoczął się w styczniu 2021 r., a personel medyczny Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie wzięły udział w testach platformy.

Od marca wszyscy pacjenci Szpitala mogą korzystać z przesyłania badań obrazowych przez chmurę. W kwietniu powstała wyodrębniona spółka Medtransfer, którą wsparł fundusz inwestycyjny Kvarko. Razem realizują projekt „Opracowanie modułu planowania przedoperacyjnego osteotomii w ramach platformy Medtransfer”.



Platforma Medtransfer pozwala pacjentom na bezpieczne i wygodne przesyłanie cyfrowych wyników badań obrazowych bez wychodzenia z domu – przez Internet.

Podstawową funkcjonalnością platformy Medtransfer jest przesyłanie danych w chmurze. Dzięki wykorzystaniu tej technologii pacjenci mogą udostępnić lekarzowi opisy oraz wyniki swoich badań, takich jak MRI czy USG, korzystając z tymczasowego linku. Dostęp do plików jest chroniony kodem.

Eksperti ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie pomogą twórcom platformy w testowaniu zarówno już istniejących, jak i dopiero rozwijanych funkcjonalności systemu. ■

**medtransfer** 

Więcej informacji na stronie [medtransfer.pl](https://medtransfer.pl).

Innocenta Dźwierzynska  
prezes Zarządu Medtransfer,  
członek wspierający PFSz

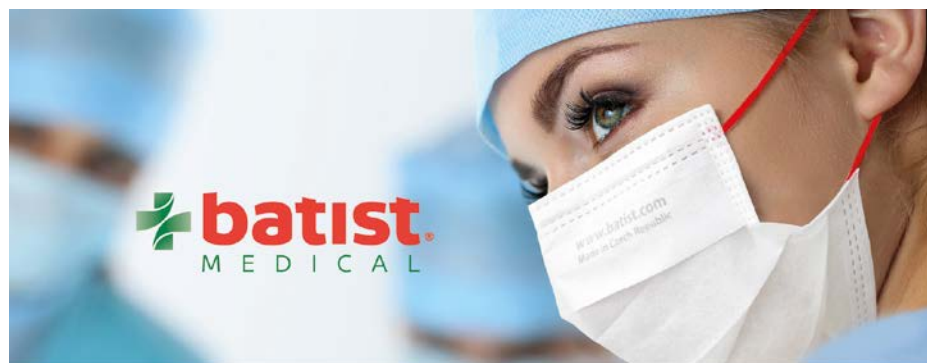
# Innowacyjna maska medyczna z nanowłóknem vs półmaski filtrujące FFP



Maska chirurgiczna z wkładem filtrującym z warstwą z nanowłóknem jest wyrobem typu IIR, czyli maską chirurgiczną jednorazowego użytku, klasyfikowanym jako wyrób medyczny zgodny z wymaganiami normy EN 14683:2019 + AC:2019 w zakresie wyrobów typu IIR (BFE 99,89% oraz odporność na przesiąkanie).

**M**aska ta jako jedna z niewielu w Europie posiada badanie skuteczności filtracji wirusowej (VFE 99,8%), przeprowadzone przez akredytowane laboratorium Nelson Lab w USA. Osiągnięte parametry stwarzają wyjątkowe i najskuteczniejsze zabezpieczenie przed infekcją wirusową i COVID-19.

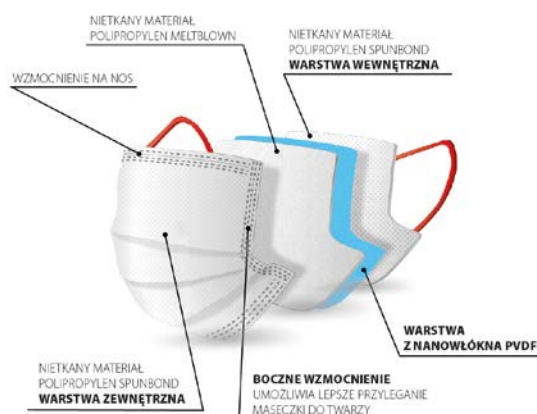
Sam produkt oraz komponenty i materiały służące do jego wykonania są wytwarzane w Unii Europejskiej (w Czechach). Półmaski filtrujące FFP2 i FFP3 dostępne obecnie na rynku to wyroby przeznaczone do jednorazowego użycia, w czasie nieprzekraczającym jednej zmiany roboczej (ok. 8 godzin). Jest to jednak parametr maksymalny i nieprze-



**VFE 99,8%**  
Efektywność filtracji wirusowej



**BATIST Medical Polska Sp. z o.o.**  
Ul. Koliasta 25  
40-486 Katowice  
Tel: +48 32 735-04-37  
Tel: +48 885-520-011  
Email: info-pl@batist.com



kraczalny. Jeśli wyrób ulegnie przesiąknięciu, powinien być natychmiast wymieniony.

Osobną kwestią jest przeznaczenie tego typu produktów. Półmaski filtrujące jako środki ochrony indywidualnej zostały stworzone do ochrony przede wszystkim przed cząstkami (pyłami), co nie jest jednoznaczne z ochroną przed aerozolami zawierającymi lub mogącymi zawierać patogeny (w tym wirusy). Nie były dotąd stosowane w medycynie, zostały dopuszczone do użytku medycznego wyłącznie na podstawie rekomendacji wydawanych w początkowej fazie pandemii, w sytuacji braku innych środków ochronnych.

Norma EN 149:2001 + A1:2009 jako kwalifikująco-badawcza, jak również norma EN 13274-7:2019, określająca sposób przeprowadzania badania penetracji filtra cząstek stałych, wymagają przeprowadzenia testu skuteczności filtracji z zastosowaniem chlorku sodu oraz oleju parafinowego – z użyciem aerozoli tych substancji. Czas badania wynosi 5 minut.

Podsumowując – półmaski filtrujące FFP nie były i nie są badane na skuteczność filtracji wirusowej.

Biorąc pod uwagę zestawienie parametrów i wyników badań, a także klasyfikację i właściwości obu grup wyrobów, można jednoznacznie powiedzieć, że maski chirurgiczne typu IIR z dodatkową warstwą nanowłókna są wyraźnie lepsze od półmasek filtracyjnych FFP2 i FFP3 w zakresie ochrony przed potencjalnym zakażeniem koronawirusem:

- uzyskują wyższe parametry skuteczności filtracji – przeprowadzone badania wykazują skuteczność filtracji 99,89% dla nanomasek w porównaniu z 95% dla półmasek FFP2 oraz do 99% dla półmasek FFP3;
- wytwarzają znacznie mniejsze opory oddechowe – dla nanomasek średnie opory oddechowe na podstawie wyników testów wynoszą 55,52 Pa/cm<sup>2</sup> w porównaniu z 200–300 Pa/cm<sup>2</sup> dla półmasek FFP2 i FFP3;
- posiadają badania skuteczności filtracji wirusowej (VFE) przeprowadzone przez niezależne akredytowane laboratorium – 99,8% skuteczności filtracji wirusowej w porównaniu z całkowitym brakiem tego typu badań dla półmasek filtrujących FFP2 i FFP3. ■

**Jarosław Stańczyk**

dyrektor sprzedaży Batist Medical Polska,  
członek wspierający PFSz





## RAPORT

# Wyzwania stojące przed europejskimi systemami opieki zdrowotnej

BFF Banking Group, europejski lider w dziedzinie rozwiązań finansowych dla ochrony zdrowia i administracji publicznej, opublikował drugą edycję raportu na temat opieki zdrowotnej „Wyzwania stojące przed europejskimi systemami opieki zdrowotnej. Analiza porównawcza 9 krajów UE w czasach COVID-19 – 2020”.

**P**ublikacja ma na celu podkreślenie, że jedynie szeroka i konstruktywna dyskusja może doprowadzić do znalezienia rozwiązań dla poprawy zdrowia społeczeństwa.

### WYZWANIA ZDROWOTNE W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

Systemy opieki zdrowotnej na całym świecie starają się sprostać takim wyzwaniom, jak starzenie się społeczeństwa, wzrost liczby chorób przewlekłych czy zwiększające się możliwości techniczne oraz oczekiwania społeczne. W najbliższych latach presja demograficzna i ekonomiczna będą coraz większe. Zwiększy się grupa osób starszych zarówno pod względem liczebności, jak i proporcji do ludności w wieku produkcyjnym. Jednocześnie dostępność nowych metod leczenia spowoduje wzrost kosztów, które wpływają istotnie również na systemy opieki społecznej i systemy emerytalne.

### POLSKA NA TLE INNYCH PAŃSTW

Generalna ocena kondycji polskiego systemu opieki zdrowotnej w skali 1–10 to 5. To najniższy wskaźnik spośród analizowanych krajów. Podobnie wygląda sytuacja, jeśli chodzi o kondycję finansową. Wydatki gospodarstw domowych w Polsce na ochronę zdrowia to 23% całości budżetu. To znacznie większy odsetek niż w pozostałych krajach, co skłania do refleksji na temat nierówności społecznych i dostępu do

świadczeń medycznych. Planowane jest jednak zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia do 7% PKB w latach 2023–2027.

Wśród głównych wyzwań, z którymi mierzy się ochrona zdrowia, wymienia się także braki kadrowe. W Polsce mamy 2,4 lekarza na 1000 mieszkańców, czyli 1 mniej niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej. To przekłada się m.in. na długie listy oczekujących na wizyty u specjalistów. Istotne w tym zakresie jest również kształcenie. Limity przyjęć na uczelnie medyczne zaczęły rosnąć dopiero po 2015 r. Dodatkowo eksperci wskazują duży nacisk na usługi szpitalne i niewystarczające zasoby przeznaczone na profilaktykę i opiekę długoterminową.

### PANDEMIA COVID-19 SZANSĄ NA POPRAWĘ SYTUACJI W OCHRONIE ZDROWIA

Kryzys spowodowany koronawirusem dodatkowo podsycał problemy systemów zdrowotnych. Pandemia pokazała także, jak nierozdzielnie są ze sobą związane opieka zdrowotna i gospodarka, sugerując, że nadszedł czas, kiedy zdrowie nie jest już postrzegane jedynie jako koszt, ale jako ważna inwestycja w rozwój każdego kraju. A to jest kluczowe dla przyszłości ochrony zdrowia.

Cały raport dotyczący 9 krajów Unii Europejskiej (Chorwacji, Czech, Francji, Grecji, Włoch, Polski, Portugalii, Słowacji i Hiszpanii) jest dostępny na stronie [bff.com](http://bff.com). Kolejna, trzecia edycja ukaże się jesienią tego roku. ■

**Radosław Moks**  
dyrektor sprzedaży, członek Zarządu BFF w Polsce,  
członek wspierający PFSZ

**W najbliższych latach presja demograficzna i ekonomiczna będą coraz większe. Zwiększy się grupa osób starszych zarówno pod względem liczebności, jak i proporcji do ludności w wieku produkcyjnym**



## ZASADY WYCENY PROCEDUR MEDYCZNYCH

# Standard rachunku kosztów

19 listopada 2020 r. w Dzienniku Ustaw (Dz.U. 2020 poz. 2045) opublikowano Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (dalej: Rozporządzenie), które powinno być wdrożone w podmiotach leczniczych z dniem... 1 stycznia 2021 r.

Jednym z najważniejszych, a równocześnie najbardziej pracochłonnym elementem wdrożenia nowego standardu rachunku kosztów jest prawidłowa wycena procedur medycznych. Stanowi ona podstawową informację kosztową dotyczącą rentowności nie tylko pojedynczych świadczeń realizowanych przez proceduralne ośrodki powstawania kosztów (OPK proceduralne), lecz także rentowności zadaniowych ośrodków powstawania kosztów (OPK zadaniowe), na rzecz których OPK proceduralne realizują procedury medyczne.

Na koszty wytworzenia procedury medycznej składa się suma kosztów bezpośrednich i pośrednich danej procedury. Koszt bezpośredni procedury medycznej stanowi łączny koszt zasobów materiałowych i osobowych używanych podczas wykonywania procedury medycznej, zgodnie z przyjętym przez podmiot leczniczy sposobem wyceny procedur medycznych, o czym będzie mowa w dalszej części artykułu. Koszt pośredni procedury medycznej stanowią pozostałe koszty OPK proceduralnego, niebędące kosztem bezpośrednim procedury medycznej, w tym przede wszystkim koszty infrastruktury budowlanej i sprzętowej OPK proceduralnego przypadające na jedną procedurę medyczną.

Pierwszy etap prac przy wycenie procedur medycznych to sporządzenie dla każdego wyodrębnionego OPK proceduralnego wykazu wykonywanych w nim procedur przy wykorzystaniu aktualnego słownika procedur medycznych (ICD-9 PL).

Po sporządzeniu wykazu wykonywanych procedur medycznych dla każdej procedury umieszczonej w wykazie OPK proceduralnego

podmiot leczniczy sporządza ilościowe zestawienie zasobów materiałowych używanych podczas jej wykonywania oraz zestawienie zaangażowanego personelu medycznego wraz z kosztami osobowymi tego personelu.

W kolejnym kroku dla wszystkich procedur medycznych realizowanych w poszczególnych OPK proceduralnych podmiot leczniczy sporządza i prowadzi ilościową ewidencję ich wykonania.

Po zrealizowaniu powyższych prac można przystąpić do wyceny procedur medycznych, a ściślej – według nomenklatury przyjętej w Rozporządzeniu – do „wyceny kosztów wytworzenia procedury medycznej”.

W załączniku nr 9 do Rozporządzenia przedstawiono trzy metody wyceny kosztów wytworzenia procedur medycznych:

- według rzeczywistych kosztów zużytych zasobów,
- na podstawie kosztów typowo używanych zasobów materiałowych i osobowych przy sposobie naliczania kosztów pośrednich proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych,
- na podstawie kosztów typowo używanych zasobów materiałowych i osobowych przy sposobie naliczania kosztów pośrednich na podstawie jednostki kalkulacyjnej.

Podmioty lecznicze mają możliwość wyboru jednej z tych metod w zależności od posiadanych zasobów informatycznych.

W metodzie opartej na rzeczywistych kosztach zużytych zasobów wartość zasobów używanych bezpośrednio do wykonania procedury medycznej (koszty bezpośrednie) ustala się na podstawie ich rzeczywistego zużycia i bieżących cen materiałów, a koszty osobowe na podstawie rzeczywistego czasu pracy personelu medycznego należącego do poszczególnych grup zawodowych wykonujących daną procedurę medyczną i stawek ich





- proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych – na podstawie typowego czasu wykonywania tej procedury i stawki kosztów pośrednich przypadających na jednostkę czasu,
- na podstawie jednostki kalkulacyjnej – stosuje się narzut jednostki kalkulacyjnej na jednostkowy koszt normatywny danej procedury medycznej, który jest iloczynem kosztu wytworzenia jednostki kalkulacyjnej i jednostkowego kosztu normatywnego procedury medycznej; koszt wytworzenia jednostki kalkulacyjnej dla OPK proceduralnego wylicza się przez podzielenie całkowitych kosztów OPK poniesionych w okresie sprawozdawczym przez sumę kosztów normatywnych poniesionych w tym OPK w tym okresie.

Należy pamiętać, że zastosowanie metody opartej na kosztach typowo używanych zasobów wymaga co najmniej corocznej aktualizacji wyliczeń procedur medycznych lub każdorazowo, gdy zmieniła się technologia wykonywania danej procedury. ■



**Piotr Magdziarz**

partner zarządzający Formedis Sp. z o.o.,  
członek wspierający PFSz

wynagrodzeń obliczonych zgodnie z poniższymi zasadami.

Koszty osobowe poszczególnych grup zawodowych personelu medycznego wykonującego daną procedurę (lekarze, pielęgniarki, technicy oraz pozostały personel medyczny) są kalkulowane odrębnie dla każdego OPK proceduralnego i obejmują koszty wynagrodzeń niezależnie od form zatrudnienia. Koszty wynagrodzeń przypadające na jedną godzinę pracy oblicza się na podstawie całościowego zatrudnienia pracownika w podmiocie w przyjętym okresie, np. jednego roku. Liczba etatów przeliczeniowych personelu zatrudnionego w poszczególnych OPK proceduralnych ustalana jest przy założeniu, że jeden etat obejmuje przeciętnie 160 godzin pracy miesięcznie.

W metodzie opartej na kosztach typowo używanych zasobów jednostkowe koszty normatywne procedury medycznej (koszty bezpośrednie) są ustalane na podstawie jej typowego wykonania, typowo stosowanych materiałów, przeciętnego ich zużycia i bieżących cen oraz kosztów osobowych obliczonych według przeciętnego nakładu czasu pracy osób wykonujących procedurę medyczną i stawek ich wynagrodzeń.

Wartość kosztów pośrednich procedur medycznych zrealizowanych w OPK proceduralnym oblicza się w obu metodach jako różnicę między całkowitym kosztem tego OPK proceduralnego a całkowitymi kosztami bezpośrednimi procedur medycznych wykonanych w tym OPK i przypisuje się do procedury medycznej:

- w metodzie opartej na rzeczywistych kosztach zużytych zasobów na podstawie rzeczywistego czasu wykonywania tej procedury i stawki kosztów pośrednich przypadających na jednostkę czasu;
- w metodzie opartej na kosztach typowo używanych zasobów:



## Allegro Biznes

**N**a początku lutego została uruchomiona platforma Allegro Biznes, która pozwala firmom robić zakupy i sprzedawać w jeszcze łatwiejszy sposób. Allegro Biznes to ponad 130 mln ofert z cennikami netto od ponad 100 tys. sprzedających, co stanowi największą ofertę *business-to-business* na polskim rynku.

Platforma łączy szeroki wybór produktów, wygodę dostaw i atrakcyjne ceny z funkcjami usprawniającymi zakupy firmowe. Allegro Biznes zostało zbudowane na bazie doskonale znanej Polakom platformy konsumenckiej z zachowaniem wszystkich dotychczasowych funkcjonalności i dodaniem konkretnych narzędzi przydatnych zarówno dla tych, którzy potrzebują różnych produktów do prowadzenia własnej działalności, jak i dla tych, którzy je dostarczają.

Allegro Biznes daje dostęp do pełnej gamy usług Allegro z dodatkowym zestawem funkcjonalności zwiększających komfort klientów kupujących na firmę. Jedną z kluczowych korzyści jest możliwość odroczenia płatności – kupujący mają do 60 dni na spłatę bez konieczności składania wniosków i podpisywania umów kredytowych (wystarczy, że pozytywnie przejdą proces weryfikacji). Te 60 dni to dwa razy dłużej niż standardowa oferta rynkowa.

Allegro to blisko 19 tys. sprzedających z ok. 800 tys. ofert z zaopatrzeniem dla szpitali – od sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego (m.in. ortozy, stabilizatory, kule, wózki inwalidzkie), wyposażenia szpitali i gabinetów (m.in. odzież medyczna, maseczki, przyłbice, meble medyczne, lampy) przez specjalistyczny sprzęt medyczny (m.in. stetoskopy, latarki diagnostyczne, aparaty EKG, ultrasonografy) po materiały opatrunkowe i urządzenia medyczne (m.in. termometry, inhalatory, ciśnieniomierze). Kupując na Allegro, wyposażenia szpitali i gabinetów należy szukać w kategorii „zdrowie”. ■

**Piotr Truszkowski**

Head of B2B, Allegro.pl Sp. z o.o., członek wspierający PFSz

# o zakażeniach szpitalnych



Globalna reakcja na COVID-19 zwiększyła świadomość infekcji w sektorze opieki zdrowotnej. Pacjenci przebywający w szpitalach i personel medyczny zwracają większą uwagę na ryzyko zakażeń. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ostrzega, że jeśli liczba zakażeń bakteryjnych opornych na antybiotyki będzie nadal rosła, w 2050 r. będą one odpowiedzialne za więcej zgonów niż rak.

Sytuacja pandemiczna dotknęła wszystkich, w szczególności sektor opieki zdrowotnej. W tych trudnych czasach cała Europa nauczyła się, że powinniśmy być lepiej przygotowani, robić więcej badań i analiz oraz współpracować ze sobą. Webinar zorganizowany we współpracy z Business Finland był doskonałym przykładem dzielenia się doświadczeniami i rozpoczęcia dyskusji na temat dobrych rozwiązań zapobiegających rozprzestrzenianiu się infekcji. Finlandia stosuje wiele sprawdzonych na całym świecie technologii, a niektóre z nich zostały już z powodzeniem wdrożone w Polsce.

Jedną z inspiracji podczas spotkania były rozwiązania przeznaczone do sal operacyjnych dotyczące jakości powietrza, czystości bakteriologicznej, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz komfortu oferowane przez fińską firmę Halton. Paweł Borowiecki przedstawił przykłady instalacji w szpitalach z najnowocześniejszym systemem wymiany powietrza umożliwiającym uzyskiwanie sterylnej czystości środowiska dzięki kontrolowanemu rozcieńczaniu w sali. System poprawia ergonomię pracy, zapewniając sterylne środowisko w całym obszarze sali, pozwala uzyskać niewiarygodnie dobre wyniki czystości powietrza: < 5 CFU (jednostek tworzących kolonię) w czasie zabiegu i w obecności 10 osób personelu w sali operacyjnej, bez niepotrzebnego hałasu. Gościem wydarzenia był Krzysztof Kalinowski, który przedstawił armaturę firmy Oras dla sektora Health & Care. Jest ona



**Webinar zorganizowany we współpracy z Business Finland był doskonałym przykładem dzielenia się doświadczeniami i rozpoczęcia dyskusji na temat dobrych rozwiązań zapobiegających rozprzestrzenianiu się infekcji**

zaprojektowana tak, aby spełniać wysokie standardy obowiązujące w szpitalach, klinikach i innych placówkach ochrony zdrowia. Produkty tworzone są we współpracy z pracownikami ochrony zdrowia, aby były wysoce ergonomiczne i niezawodne oraz aby znacznie przewyższały oczekiwania w zakresie higieny, bezpieczeństwa, elastyczności i komfortu.

O innowacyjnych rozwiązaniach przeciwdrobnoustrojowych wykorzystujących technologie srebra i naturalnej miedzi nie tylko na twardej powierzchniach, takich jak blaty, krzesła czy podłokietniki, lecz także miękkich, tapicerowanych siedziskach (fotele i sofy) szczegółowo opowiedział Piotr Szeligowski z firmy ISKU. Oferta kompletnych szpitalnych rozwiązań meblowych z technologią przeciwdrobnoustrojową jest już w pełni dostępna w Polsce. Produkty te aktywnie zapobiegają rozmnażaniu się drobnoustrojów alarmowych, co pozwala na efektywną redukcję bakterii nawet do 99% i tym samym przecięcie łańcucha infekcji występujących w miejscach publicznych.

Największy producent mebli medycznych w Skandynawii – firma Lojer Group – w swojej ofercie ma gamę produktów Lojer Antimicrobic, które zostały zaprojektowane, aby zapobiegać rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów. Robert Drozd z firmy Meden-In-med, dystrybutor produktów fińskiej firmy Lojer, przedstawił produkty przeciwbakteryjne, np. tapicerkę z innowacyjną technologią antybakteryjnej powłoki proskowej, która zawiera srebrowo-fosforanowe szkło oparte na technologii przeciwdrobnoustrojowej. Lojer oferuje również rozwiązania z bezdotykową regulacją, np. regulacja wysokości stołów zabiegowych i stołów do badań lekarskich działa bez sterowania ręcznego – za pomocą pałąka na stopy 360° lub drążka do regulacji stopami.

Na spotkaniu ze względu na ograniczony czas nie udało się przedstawić wszystkich fińskich firm oferujących rozwiązania związane z problemem infekcji w szpitalach. Warto dodać informację o firmie Lifa Air Ltd – czołowym światowym producencie bezpiecznych i czystych produktów i sprzętu do powietrza w pomieszczeniach, który specjalizuje się w higienie wentylacji i ochronie budynków. Firma jest znana z najnowocześniejszych rozwiązań, które wyznaczają standard zapewnienia bezpieczeństwa w pomieszczeniach. Wiele rozwiązań zaprezentowanych podczas webinaru można znaleźć w polskich szpitalach. Mamy nadzieję, że prezentacje były ciekawe i zainspirowały uczestników do kontynuowania tego ważnego tematu. Liczymy na to, że spotkanie zapoczątkowało dialog między Finlandią a Polską. ■

Agnieszka Wróbel  
Business Finland



# Raport o start-upach medycznych



W imieniu Polskiej Federacji Szpitali oraz Stowarzyszenia Młodzi Menedżerowie Medycyny, jak również naszych partnerów i patronów serdecznie zapraszam do zapoznania się z drugą edycją raportu „Top Disruptors in Healthcare”. Raport powstał dzięki pracy i zaangażowaniu zespołu ekspertów, którzy przez ponad pół roku zgłębiali wiedzę dotyczącą polskiego sektora medtech i zajmowali się inwentaryzacją polskich start-upów.

**P**ierwsza edycja raportu „Top Disruptors in Healthcare” spotkała się z niezwykle pozytywnym odzewem – wzięły w niej udział 74 start-upy, ponadto uzyskała aprobatę kluczowych podmiotów publicznych zajmujących się wspieraniem innowacji. Informacje o raporcie oraz sam raport były wielokrotnie publikowane przez najważniejsze media branżowe i ogólnopolskie.

Aż 45% respondentów ankiety ewaluacyjnej po pierwszej edycji raportu wskazało, że nawiązało kontakt z partnerami biznesowymi dzięki raportowi, co świadczy o tym, jak istotny jest to projekt dla polskiego rynku start-upów medycznych. Jest to jedyny raport inwentaryzujący polski sektor medtech, będący tym samym cennym źródłem informacji o innowacyjnych podmiotach medycznych na polskim rynku. Uzyskał on wsparcie zarówno przedstawicieli instytucji publicznych, organizacji branżowych, dużych przedsiębiorców, jak i przedstawicieli samych start-upów, którzy licznie odpowiedzieli na naszą propozycję zaprezentowania się w raporcie.

„Top Disruptors in Healthcare” jest inicjatywą realizowaną pod patronatem honorowym Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy, Rozwo-

ju i Technologii, Rzecznika Praw Pacjenta, Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, Agencji Badań Medycznych, Centrum e-Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości, Polskiej Agencji Inwestycji i Handlu, Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz pod patronatem kilkunastu mediów branżowych i wielu organizacji rządowych i pozarządowych.

Szczególne podziękowania kierujemy do partnerów komercyjnych, będących czołowymi podmiotami wspierającymi środowisko innowacji w sektorze medycznym i współpracującymi ze start-upami, czyli do EIT Health, AstraZeneca, Google for Startups i PZU Zdrowie (partnerzy główni) oraz do Honeywell i Kancelarii Domański Zakrzewski Palinka (partnerzy wspierający), a także do wszystkich start-upów, które nawiązały współpracę z naszym zespołem. Bez Państwa wsparcia ten raport by nie powstał.

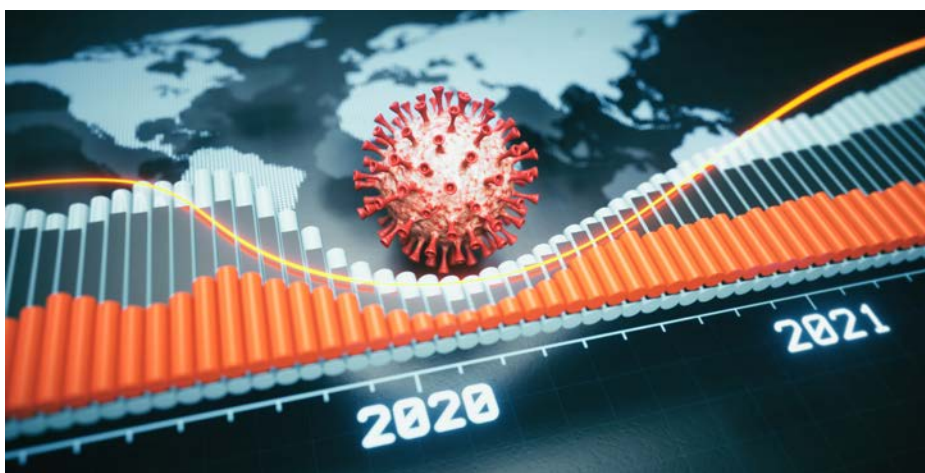
Mamy nadzieję, że tegoroczna wersja raportu pomoże w walce z COVID-19, pozwalając na zidentyfikowanie start-upów, które oferują innowacyjne rozwiązania mające na celu wsparcie sektora medycznego. Liczymy także na to, że zgromadzenie najbardziej istotnych informacji o start-upach ujętych w raporcie pomoże w nawiązywaniu owocnej współpracy pomiędzy start-upami a podmiotami leczniczymi, a także start-upami a inwestorami. Serdecznie zapraszamy do lektury drugiej edycji raportu „Top Disruptors in Healthcare”!

Prace nad raportem w liczbach:

- prawie 400 zidentyfikowanych start-upów, z którymi członkowie zespołu redakcyjnego podjęli próbę kontaktu,
- ok. 120 dni – czas pracy nad raportem,
- 9 członków zespołu redakcyjnego (autorów),
- 115 start-upów, które wypełniły ankietę i znalazły się w raporcie – to o ponad połowę więcej niż w zeszłorocznej edycji,
- 11 patronatów przedstawicieli instytucji publicznych,
- 6 partnerów komercyjnych – liderów współpracy ze start-upami w Polsce,
- 17 patronatów medialnych,
- 30 pozostałych patronatów. ■



**Ligia Kornowska**  
dyrektor zarządzająca  
PFSz



# Nowy Ład, składka zdrowotna i co dalej?

Nowy (Polski) Ład to program społeczno-gospodarczy ogłoszony przez partię rządzącą w maju 2021 r. W założeniu ma być kompleksową strategią przewyższania skutków pandemii oraz gospodarczej odbudowy państwa. Dokument został podzielony na pięć filarów, a pierwszy to *Plan na zdrowie*.

Głównym założeniem jest wzrost wydatków na system ochrony zdrowia, tj. ich zwiększenie w 2023 r. do poziomu 6% PKB, a w 2027 r. do 7% PKB. Nowe środki mają zostać przeznaczone na: inwestycje, cyfryzację, nowe kadry i nowoczesne terapie. Dodatkowo zwiększenie finansowania systemu ochrony zdrowia ma zmniejszyć kolejki do specjalistów oraz ułatwić dostęp do lekarza poprzez rozwój cyfryzacji.

W *Planie na zdrowie* przewidziano również: utworzenie Funduszu Modernizacji Szpitali i uruchomienie Funduszu Medycznego zakładającego dostosowanie infrastruktury w przychodniach lekarzy rodzinnych i poradniach specjalistycznych oraz szpitalach. Zapisano w nim też utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali, która będzie opracowywać specjalne programy w celu lepszego zarządzania szpitalami. Agencja będzie również monitorować sposób wdrażania tych programów. Ponadto zaplanowano utworzenie profesjonalnego korpusu menedżerów ochrony zdrowia i zmianę struktury właścicielskiej szpitali.

*Plan na zdrowie* przewiduje również rozwój Centrum Obsługi Pacjenta (pacjent.gov.pl), które ma stanowić kolejny etap cyfryzacji, umożliwiający łatwe zapisy do lekarzy przez Internet lub infolinię. Kolejna propozycja to rozszerzenie opieki ambulatoryjnej oraz zniesienie limitów przyjęć u specjalistów. Kolejne punkty *Planu na zdrowie* to zwiększenie wynagrodzeń kadr medycznych (pod-

wyższone wynagrodzenie minimalne pracowników medycznych), usprawnienie nocnej pomocy lekarskiej, profilaktyka dla osób 40+ oraz uruchomienie nowego programu badań profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych. Program będzie połączony z badaniami w zakresie medycyny pracy. Przewidziano również program badawczy dotyczący COVID-19 – mają powstać zespoły badawcze z najlepszych polskich uniwersytetów i szpitali, które otrzymają wsparcie finansowe na prace nad lekami i szczepionkami chroniącymi przed kolejnymi mutacjami wirusa. Zapowiedziano również rozbudowę Krajowej Sieci Onkologicznej i powstanie Krajowej Sieci Kardiologicznej. Krajowa Sieć Kardiologiczna ma umożliwić nielimitowany dostęp pacjentów do diagnostyki i terapii chorób serca, aby zmniejszyć śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych.

## WZROST SKŁADKI... I NIERÓWNIERNE OBCIĄŻENIA

Nowy Ład zakłada wzrost składki zdrowotnej dla przedsiębiorców (w tym osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą) i zniesienie możliwości odliczania jej w PIT.

Składka zdrowotna będzie wynosić 9% zarówno dla pracowników, jak i osób prowadzących działalność gospodarczą. Najpoważniejszą zmianą będzie jednak brak możliwości jej odliczenia, jak dotychczas. Nie będzie zatem

można zmniejszyć ani podatku, ani dochodu do opodatkowania. Spowoduje to istotną podwyżkę składek dla przedsiębiorców prowadzących działalność i płacących 9% składki zdrowotnej liczonej od 75% przeciętnego wynagrodzenia w Polsce. Obecnie zarówno osoby zatrudnione na umowę o pracę, jak i te prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą mogą odliczać 7,75% składki zdrowotnej od podatku, a więc ich realne obciążenie to 1,25%. Przerzucenie ciężaru na samozatrudnionych spowoduje, że zamiast 19% podatku liniowego ich realne obciążenie zwiększą się do 28%.

Osoby prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą będą płaciły składkę na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości uzależnionej od swojego dochodu, a nie jak było dotychczas, tj. ryczałtowo. Dodatkowo nie będą mogły dokonać odliczeń od tych składek.

Taki zabieg w założeniach Polskiego Ładu ma przynieść NFZ 14 mld zł. Z drugiej strony powiększy się szara strefa. Z uwagi na to, że przedstawiciele zawodów medycznych ze względów oczywistych nie mogą przejść do szarej strefy, nieuniknione wydaje się podwyższenie cen usług medycznych na rynku prywatnym.

Wydaje się, że przyjęte rozwiązania w żaden sposób nie przyczynią się do wzrostu nakładów na zdrowie. Nie spowodują również zbliżenia się do unijnej średniej nakładów na opiekę medyczną, która w 2030 r. ma wynieść aż 8,8% PKB.

Zgodnie z raportami OECD sprzed pandemii nastąpił znaczący wzrost globalnych wydatków na ochronę zdrowia, wynoszący co najmniej 3,4% rocznie. W Polsce te wydatki także rosną w szybkim tempie, ale na jednego Polaka wypada ok. 2000 dolarów rocznie, co stawia nas na 6. miejscu od końca wśród krajów OECD. Aby osiągnąć średnią europejską, wzrost powinien wynosić ponad 10% rocznie.

Kryzys gospodarczy związany z epidemią COVID-19 odbił się na sytuacji finansowej NFZ i jak wskazuje raport przygotowany przez ekspertów Public Policy, zgodnie z danymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wartość składek przekazywanych do NFZ była znacząco mniejsza, niż zakładano w prognozie przychodów NFZ z czerwca 2020 r. To z kolei spowodowało sięgnięcie po środki nadzwyczajne, aby zapewnić ciągłość finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zadań związanych z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19.

Nadzwyczajne środki objęły m.in.: kompensację wartości umorzonych składek w ramach tarcz antykryzysowych, możliwość zmiany planu finansowego NFZ bez zasięgania opinii sejmowych Komisji Zdrowia oraz Komisji Finansów Publicznych, zapewnienie dodatkowego źródła finansowania ochrony zdrowia z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, który pozyskiwał środki z emisji obligacji Banku Gospodarstwa Krajowego czy możliwość



finansowania niektórych zadań bezpośrednio z funduszu zapasowego NFZ.

Wobec tego, jak wskazuje Wojciech Wiśniewski, prezes Zarządu Public Policy Sp. z o.o., rząd w ostatnich miesiącach dokonał bardzo istotnych zmian w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W 2021 r. z budżetu państwa do NFZ miała trafić dotacja w wysokości 8,9 mld zł na finansowanie świadczeń – ostatecznie przeznaczono kwotę przeszło trzykrotnie niższą.

### PLAN FINANSOWY NFZ NA 2022 R.

16 lipca br. NFZ opublikował projekt planu finansowego na 2022 r. Na świadczenia opieki zdrowotnej NFZ wyda 105,4 mld zł, a przychody i koszty zamkną się kwotą 112 mld zł.

Plan na 2022 r. po raz pierwszy od lat zmienia priorytety w finansowaniu świadczeń ze środków publicznych. Jakby wbrew europejskim tendencjom do ograniczania hospitalizacji i przesuwania pacjentów do lekarzy rodzinnych w planie NFZ zapisano spadek wydatków na podstawową opiekę zdrowotną (z 13% ogółu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej do 12,7%), zmniejszenie środków na pilotaże w ochronie zdrowia, znaczący wzrost udziału ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (ponad 6%), a w szpitalnictwie spadek o prawie 5% – do poziomu 47,4%.

Istotną pozycją w planie finansowym jest również rezerwa na świadczenia opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych

w wysokości 4,2 mld zł. W swojej ocenie planu NFZ Robert Mołdach, prezes Zarządu Instytutu Zdrowia i Demokracji, podkreśla, że to pokazuje skalę niepewności i wielkość poduszki finansowej, jaką założono. Dodaje, że uwagę powinna zwracać struktura planowanych wydatków, bo jej zmiana w relacji do lat poprzednich pomiędzy poszczególnymi pozycjami pokazuje z wyprzedzeniem priorytety płatnika. ■



**Anna Warczyńska**  
wiceprzewodnicząca  
Rady Naczelnej PFSZ

## Czy Krajowy Plan Odbudowy spełni oczekiwania?

Krajowy Plan Odbudowy to dokument stanowiący podstawę ubiegania się o wsparcie z europejskiego Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (RRF). KPO koncentruje swoje działania na sześciu europejskich filarach. Filar V to opieka zdrowotna oraz odporność gospodarcza, społeczna i instytucjonalna w celu zwiększenia gotowości na sytuacje kryzysowe i zdolności reagowania kryzysowego.

Obszar polityki zdrowotnej z określeniem poszczególnych celów jest szczegółowo opisany w komponencie D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”. Na komponent ten zarezerwowano 4,542 mld euro. To, co jest szczególnie ważne z punktu widzenia zarządzających szpitalami, zawiera się w dwóch wiązkach projektowych: D1.1.1 Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych z alokacją z RRF w wysokości 2119 mln euro (sektor rządowy) oraz D1.2.1 Rozwój i modernizacja infrastruktury szpitali powiatowych z alokacją z RRF w wysokości 150 mln euro (sektor samorządowy).

Odpowiedź na pytanie, czy środki na ochronę zdrowia zawarte w KPO są wystarczające, nie jest tak prosta, jak mogłoby się wydawać. Ochrona zdrowia jest jak gąbka, która może bardzo dużo wchłonąć – jej potrzeby są ogromne. Czy można zatem stwierdzić, że jakieś środki są wystarczające? Analizując zapisy i cele zawarte w komponencie D, zaryzykowałbym jednak tezę, że tak, są wystarczające, ale pod pewnymi warunkami. Jeżeli po raz kolejny wpompujemy duże pieniądze

m.in. w infrastrukturę i oddłużanie niewydolnej formy prawnej, jaką są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, myśląc, że tak naprawimy ten system, to z pewnością celu nie osiągniemy. Obserwując od początku lat 90. reformy i ciągłe reorganizacje ochrony zdrowia, można zauważyć, że zawsze śmiałe cele i założenia kończyły się fiaskiem, często spowodowanym brakiem spójności działań oraz zmieniającymi się wraz z kolejnymi rządami priorytetami i pomysłami na ich realizację. Krajowy Plan Odbudowy może stać się dobrym początkiem reformowania ochrony zdrowia pod warunkiem, że będzie rzetelnie i profesjonalnie zrealizowany z pominięciem lokalnych ambicji i politycznych uwarunkowań. Przede wszystkim, aby środki finansowe przeznaczone na poprawę infrastruktury budowlanej, sprzętowej i informatycznej zostały efektywnie wykorzystane, konieczne jest przeprowadzenie solidnej inwentaryzacji posiadanych zasobów infrastrukturalnych i kadrowych w korelacji z rzetelnie opracowanymi mapami potrzeb zdrowotnych – na podstawie twardych danych, a nie chęci lokalnej społeczności i chcących się jej przypodobać polityków. Bez takiej analizy jak

zwykle będzie za mało pieniędzy. Na tym etapie można zgodzić się ze stwierdzeniem, że centralizacja tego typu działań jest zasadna, bo pozwala spojrzeć z innej perspektywy na lokalne potrzeby zdrowotne i możliwości ich zaspokajania przy zachowaniu odpowiedniej jakości usług medycznych. Przy efektywnym przeprowadzeniu tego procesu środki finansowe byłyby kierowane tylko tam, gdzie wpisywałyby się w opracowany model. Wyłączenie lokalnych ambicji i pomysłów mogłoby ułatwić proces likwidacji lub przekwalifikowania niedostosowanych do realnych potrzeb jednostek opieki zdrowotnej, a nawet budowanie nowej, bardziej efektywnej kosztowo infrastruktury. Oczywiście jest to zadanie trudne, ale z pewnością wykonalne, a co najważniejsze – zgodne z celami i zadaniami zawartymi w komponencie D Krajowego Planu Odbudowy.

Reasumując – jeżeli wyżej wymienione warunki zostaną spełnione, to postawiona na wstępie teza, że środki przeznaczone na ochronę zdrowia w KPO są wystarczające, jest jak najbardziej prawdziwa. Należy tylko pamiętać, że jeśli nie oszacuje się rzeczywistych kosztów wykonywanych usług medycznych o określonych parametrach jakościowych i nie zapewni się ich finansowania, to projekt modernizacji i restrukturyzacji ochrony zdrowia zawarty w KPO nie doprowadzi do założonych celów i nie spełni oczekiwań. ■



**Mariusz Paszko**  
prezes Zarządu  
Zamojskiego Szpitala  
Niepublicznego,  
członek Rady  
Naczelnej PFSZ

# POLSKA FEDERACJA SZPITALI

## GŁOS POLSKICH SZPITALI W POLSCE, EUROPIE I NA ŚWIECIE



### PREZES POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI

Jarosław J. Fedorowski – Warszawa

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

- Janusz Boniecki – Gdańsk, Wiceprezes Zarządu PFSz, b. dyrektor szpitali w Tczewie, Gdyni, Ostródzie i 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, b. dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku
- Krystyna Barcik – Radom, członek Zarządu PFSz, dyrektor operacyjna Radomskiego Centrum Onkologii
- Irena Kierzkowska – Olsztyn, członek Zarządu PFSz, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, wiceprezes Związku Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur
- Mariusz K. Wójtowicz – Zabrze, członek Zarządu PFSz, prezes Zarządu Szpitala Miejskiego w Zabrzu Sp. z o.o., prezes Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Województwa Śląskiego



### CENTRALA POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI

Ligia Kornowska – Warszawa

dyrektor zarządzająca PFSz (od 3.03.2017 r.)

kontakt: ligia.kornowska@pfsz.org | tel. 690 875 075

Urszula Szybowicz – Warszawa

dyrektor operacyjna PFSz

kontakt: urszula.szybowicz@pfsz.org | tel. 697 752 855

### RADA NACZELNA POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI

**Przewodniczący Rady Naczelnej:**

Krzysztof Bederski (Kraków)

**Wiceprzewodniczący Rady Naczelnej:**

Bogusław Budziński (Warszawa)

**Wiceprzewodnicząca Rady Naczelnej:**

Anna Warczyńska (Warszawa)

**Członkowie:**

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

### SZPITALA, KTÓRE NIEDAWNO DOŁĄCZYŁY DO PFSZ:

Mysłowieckie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. • Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie • Szpital Ogólny im. dr. Witolda Ginnela w Grajewie • Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu • Instytut Zdrowia Człowieka Sp. z o.o. • Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach • Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie • Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o. • Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego • Szpitalne Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Goleniowie



International  
Hospital  
Federation



Pracodawcy  
Rzeczypospolitej  
Polskiej



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



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



Redaktor prowadzący: Anna Warczyńska | Redaktor: Urszula Szybowicz | Redaktor naczelny: Jarosław J. Fedorowski

Biuletyn zrealizowało na zamówienie Polskiej Federacji Szpitali Wydawnictwo Termedia