GAZETA FINANSOWA
4 – 10 grudnia 2020 r.

PRYWATNA SŁUŻBA ZDROWIA

Co jest dziś innowacją w ochronie zdrowia?

Innowacja to każdy produkt, proces lub ich połączenie, który może być udostępniony konkretnym odbiorcom. Mają generować postęp i umożliwiać jego wdrażanie. Charakteryzują się wysoką wartością dodaną i co ciekawe nie muszą być droższe od rozwiązań, jakie zastępują. Dzisiejszy system ochrony zdrowia nastawiony jest na zachowanie zdrowia lub jego szybkie odtworzenie. Potrzebuje nie tylko innowacji w technologiach lekowych, nielekowych i terapeutycznych, ale również tych organizacyjnych i zarządczych, bo to właśnie te ostatnie nierzadko są warunkiem do wdrożenia nowoczesnej medycyny.

Ewelina **Zych-Myłek**

CEO, ekspert komunikacji w ochronie zdrowia, Fundacja Instytut Świadomości

E-zdrowie

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, podkreśla istotną rolę technologii, które pozwalają na zdalne monitorowanie stanu zdrowia i leczenia pacjenta. – Pandemia zaburzyła dotychczasową relację lekarz–pacjent i sprawiła, że doceniliśmy telemedycynę i telemonitoring, przede wszystkim w zakresie skutecznej diagnostyki i przewidywania zdarzeń niepożądanych – uważa ekspertka.

Wpływ na środowisko

Moim zdaniem żaden sektor, w tym sektor zdrowia, nie może być zwolniony ze swojej odpowiedzialności za wpływ na środowisko. Ekologia w medycynie to już myślenie innowacyjne. Powinniśmy rozwijać takie rozwiązania technologiczne i organizacyjne, które pozwolą kontrolować wpływ sektora zdrowia na naszą całą biosferę, a jednocześnie przynosić mu wymierne korzyści, w tym finansowe. Dlatego uruchomiliśmy ogólnopolską kampanię Życie za Odpady mającą na celu upowszechnianie technologii i sposobu zarządzania sektorem zdrowia, które pozwolą na poważne optymalizacje kosztów stałych, w tym m.in. utylizacji odpadów medycznych, a jednocześnie wygenerują środki mogące być przeznaczone na nowe inwestycje czy dodatkowe procedury medyczne ratujące zdrowie i życie pacjentów. – Presja kosztowa w placówkach medycznych narasta, co jest również wynikiem obecnej sytuacji epidemiologicznej. Przy ograniczonych środkach, którymi dysponuje system ochrony zdrowia, coraz ważniejsza staje się odpowiedź na pytanie, czy są przestrzenie, w których jeszcze możemy szukać oszczędności. Doskonałym przykładem są nowoczesne technologie związane z utylizacją odpadów, w szczególności tych niebezpiecznych dla środowiska. Taka utylizacja może odbywać się szybciej, bezpieczniej, efektywniej, a co zaskakuje, również taniej – mówi Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Dane i narzędzia

„Koszt-efektywność" to kluczowe hasło dla efektywnego i pozwalającego na innowacje systemu ochrony zdrowia. Nie ma tu już miejsca na modę, poddawanie się impulsom promocji, nieracjonalne prześciganie się z konkurencją, inwestycje stymulowane osobistymi ambicjami, a nie realnymi potrzebami – pozostają twarde dane. – Ważne jest, abyśmy na reorganizację systemu ochrony zdrowia patrzyli przez pryzmat efektywności klinicznej i kosztowej. Planując inwestycje powinniśmy zwracać uwagę na relację kosztu do osiągniętego dzięki niemu wyniku zdrowotnego. Wartość zdrowotna jest wypadkową nie tylko zastosowanych terapii, ale także organizacji procesu diagnostyki i leczenia, zasobów zaangażowanych w ten proces, przyjętych metod zarządzania procesami, jakością i bezpieczeństwem. Nie zawsze więcej sprzętu czy kolejne bloki operacyjne prowadzą do pożądanych rezultatów. Na problem nieefektywnych inwestycji w polskich szpitalach zwraca uwagę NIK w swoich raportach np. z kontroli dotyczącej zakupu i wykorzystania aparatury medycznej ze środków pochodzących z regionalnych programów operacyjnych. Wydaje się niezbędne wdrożenie mechanizmów zwiększających efektywność decyzji menedżerskich w tym obszarze. Uczelnia Łazarskiego w konsorcjum z NFZ i Narodowym Instytutem Kardiologii jest w trakcie opracowania, a za klika miesięcy sprawdzenia w pilotażu metodyki Hospital Based HTA (HB HTA), czyli wytycznych dla analizy efektywności klinicznej, ekonomicznej i organizacyjnej inwestycji w nowoczesne technologie. Pozwoli to uchronić szpitale przed nieprzemyślanymi zakupami, a z drugiej strony dostarczy wymiernych dowodów, zarówno dla menedżerów, jak i decydentów administracji publicznej w MZ, NFZ i AOTMiT, na potrzebę wdrożenia uzasadnionych z perspektywy klinicznej i ekonomicznej innowacji szerzej niż tylko środowisko danego szpitala-innowatora – tłumaczy Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Cyfrowe szpitale i stojące przed nimi wyzwania związane z infrastrukturą informatyczną

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat rozwój systemów IT oraz technik obrazowania medycznego umożliwił powstanie nowych urządzeń stosowanych w diagnostyce i radiologii zabiegowej. Informacje gromadzone przez ten sprzęt pomagają we wczesnym rozpoznawaniu i leczeniu wielu schorzeń, takich jak choroby serca i neurologiczne, a także w diagnostyce ortopedycznej i raka, co znacząco podniosło poziom opieki medycznej.

Gerard **Dermont**

Head of Territory Sales Management, Vertiv Poland

Rozwiązania bazujące na nowatorskich technikach oraz usługi telemedycyny wymagają do pracy infrastruktury, która umożliwia zintegrowanie systemów obrazowania z innymi urządzeniami cyfrowymi. Dzięki temu mogą funkcjonować w kompleksowym systemie do przechowywania obrazów diagnostycznych (zainstalowanym na specjalistycznych serwerach zlokalizowanych w placówce medycznej lub na platformie chmurowej) oraz udostępniania ich lekarzom dla celów diagnostyki i leczenia – w dowolnym czasie i miejscu.

Placówki opieki zdrowotnej budują sieci wspierające połączone systemy, co przekłada się na tworzenie tzw. cyfrowych szpitali. Obejmują one:

- system archiwizacji obrazu i komunikacji (Picture Archiving and Communication System, PACS) przechowujące wygenerowane obrazy oraz udostępniające je lekarzom w celu diagnozowania i leczenia;
- radiologiczny system informacyjny (Radiological Information System, RIS) i szpitalny system informacyjny (Hospital Information System, HIS), które nie tylko monitorują i zarządzają przepływem prac oddziałów radiologicznych, ale także całych szpitali: przyjęciami pacjentów, tworzeniem harmonogramów, rozliczaniem i generowaniem elektronicznej dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości zarządczej;
- radiografię komputerową, która konwertuje analogowe klisze rentgenowskie na obrazy cyfrowe;
- radiografię cyfrową, która dostarcza radiologiczny obraz cyfrowy;
- drukarki laserowe i inne urządzenia peryferyjne, umożliwiające w razie potrzeby drukowanie klisz.

Najważniejsze wyzwania, przed którymi stoją cyfrowe szpitale, to cyfrowa transformacja i rosnąca złożoność sieci. Wysoki stopień skomplikowania i integracji systemów szpitalnych powoduje, że działy IT placówek medycznych zmagają się z wieloma istotnymi problemami, które generują dodatkowe wymagania wobec – i tak już przeciążonej – infrastruktury informatycznej:

1) Zapewnienie zgodności sieci i wszystkich jej komponentów z licznymi standardami regulacyjnymi. Wśród nich powinny znaleźć się normy i standardy: dotyczące obrazowania cyfrowego i wymiany obrazów w medycynie (DICOM), elektronicznej wymiany informacji w środowiskach medycznych (HL7), Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej (ISO), Międzynarodowej Komisji Elektrotechnicznej (IEC), Organu Europejskich Regulatorów Łączności Elektronicznej (BEREC). Należy też wziąć pod uwagę obowiązujące przepisy krajowe.

2) Konieczność obsługi nieprzerwanie napływających danych medycznych przy jednoczesnym wzroście liczby nowatorskich rozwiązań. Szpitale przechowują miliony coraz bardziej dokładnych, cyfrowych obrazów EKG i tomografii komputerowej. Prawie 90 proc. danych generowanych w placówkach ochrony zdrowia pochodzi z obrazowania medycznego. Taka ilość przekracza ludzkie możliwości przetworzenia ich w użyteczną informację, a ponad 97 proc. z nich nie jest poddawana dalszej analizie ani nie jest wykorzystywana[1]. Dlatego podmioty medyczne zaczynają wdrażać sztuczną inteligencję, która pomaga w identyfikacji zagrożeń i śledzeniu złożonych relacji oraz wzorców na obrazach. Prowadzona w ten sposób analiza wymaga wprowadzenia dużych ilości danych wejściowych, a to owocuje miliardami parametrów, które należy następnie zoptymalizować w fazie uczenia. Wymaga również zwiększenia mocy obliczeniowej serwerów niezbędnej w takim procesie. Te zaś do pracy potrzebują stabilnego i niezawodnego źródła zasilania elektrycznego.

3) Zapewnienie dostępności obrazów diagnostycznych w każdym czasie i miejscu. Lekarze w trakcie leczenia muszą mieć zagwarantowany dostęp do najbardziej aktualnych zdjęć pacjenta przechowywanych w systemie PACS. W tej kwestii nie jest dopuszczalna żadna, nawet krótkotrwała przerwa. Co więcej, wymaga się jeszcze szybszej, sprawniejszej i niezawodnej dystrybucji danych. W tym scenariuszu krytyczną rolę odgrywa IT, a co za tym idzie jeszcze ważniejsza jest kwestia ciągłości zasilania. Architektura fizyczna obsługująca systemy HIS, RIS, PACS i inne sieci musi być niezawodna, skalowalna, wysoce dostępna i zarządzalna.

Budowa solidnej infrastruktury, wspierającej cyfrowe systemy i sieci

Infrastrukturę IT dla systemu PACS stanowią rozwiązania pamięci masowej i serwery montowane w szafach zlokalizowanych w serwerowniach lub centrach danych. Jak wskazują eksperci firmy Vertiv, wymagają one jednofazowego zasilania prądem przemiennym o napięciu 120/208 lub 230 V i mocy 10 kVA, a ponieważ serwery pracują w obudowach typu rack, to wyzwaniem staje się odpowiednie odprowadzanie ciepła z szaf. Rozwiązania wykorzystywane przez placówki ochrony zdrowia wymagają wyższego poziomu nadmiarowości i dostępności niż inny sprzęt. Współczynnik ten powinien wynosić 99,999 proc., co odpowiada nieplanowanemu przestojowi o długości 5 minut rocznie lub krótszemu. Aby zapewnić wysoką dostępność i niezawodność sprzętu do obrazowania medycznego i diagnostyki, w tym PACS, RIS, HIS i ich sieci, należy zwrócić szczególną uwagę na fizyczną infrastrukturę.

Największymi wyzwaniami są dla niej ciągłość zasilania, chłodzenie, przestrzeń fizyczna, zarządzanie i usługi. Ochrona w postaci zasilania gwarantowanego (UPS) zapobiega awariom oprogramowania urządzeń i znacznie zwiększa ich dostępność. Chłodzenie jest szczególnym problemem dla większych systemów diagnostyki obrazowej montowanych na podłodze, pamięci masowych o wysokiej gęstości i serwerów dla PACS, a także szaf RIS i HIS i szpitalnych szaf sterowniczych. W niektórych przypadkach wystarczający może być system HVAC budynku, wraz z odpowiednim podłączeniem do kanału, wentylacją i przepływem powietrza. Jednak w wielu sytuacjach wymagane jest dodatkowe chłodzenie w postaci klimatyzacji precyzyjnej.

Innowacyjne technologie, takie jak PACS, pomagają znacznie podnieść jakość i szybkość diagnostyki. W połączeniu z nowoczesnymi systemami informatycznymi, takimi jak HIS i RIS, dostarczają danych, które ratują życie, eliminują ryzyko popełnienia błędu ludzkiego i ograniczają koszty. Placówki medyczne stawiające na wydajne działanie tych systemów muszą przeorganizować swoją infrastrukturę IT i wdrażać odpowiednie rozwiązania gwarantujące stuprocentową dostępność.

1. Badania i analizy wg International Data Corporation

REKLAMA

PRYWATNA SŁUŻBA ZDROWIA

Jak zapewnić bezpieczeństwo danych pacjentów w erze telemedycyny?

Telemedycyna odgrywa coraz większą rolę w systemie ochrony zdrowia. Konsultacje prowadzone w sposób zdalny stają się coraz powszechniejsze w sytuacji, kiedy utrudniony jest osobisty kontakt z lekarzem. Koncepcja opieki na odległość przynosi wiele oczywistych korzyści, ale też wymaga od szpitali i przychodni zachowania niezbędnych procedur dotyczących bezpieczeństwa oraz wdrożenia zapewniających je rozwiązań.

Wojciech **Ciesielski**

menedżer ds. sektora finansowego, Fortinet

Potencjalne ryzyko naruszenia poufności danych wynika z tego, że przetwarzające je aplikacje i urządzenia w placówce ochrony zdrowia współpracują ze sobą, aby połączyć się z siecią „zdalnych pacjentów". W związku z tym w szpitalach i przychodniach powinny być wdrażane rozwiązania minimalizujące ryzyko udanego cyberataku i umożliwiające zachowanie zgodności z przepisami o ochronie danych osobowych.

Problemem może być sieć pacjenta

Administratorzy IT w placówkach ochrony zdrowia nie mają wglądu w ustawienia konfiguracyjne sieci, z którymi łączą się podczas telekonsultacji. Pacjenci, korzystając z aplikacji do wideokonferencji lub przesyłania wiadomości, używają zazwyczaj prywatnych urządzeń, zaprojektowanych przede wszystkim z myślą o wydajności, a nie bezpieczeństwie. Są one często podłączone do niewłaściwie zabezpieczonych sieci domowych, a w skrajnych przypadkach do publicznych sieci Wi-Fi.

Cyberprzestępcy mają świadomość, że jednostka medyczna nie jest w stanie zarządzać zabezpieczeniami infrastruktury u osób trzecich. Wiedzą też, że za pośrednictwem użytkowników mogą spróbować uzyskać dostęp do medycznej sieci i cennych danych. Placówki ochrony zdrowia powinny więc przede wszystkim zabezpieczać własną infrastrukturę i w ten sposób minimalizować ryzyko wycieku wrażliwych informacji. W pierwszej kolejności powinny być wdrażane rozwiązania zawierające mechanizmy weryfikacyjne tożsamości pacjentów. Zdarzają się bowiem sytuacje, w których ktoś podszywa się pod inną osobę, aby zdobyć informacje o jej stanie zdrowia, a następnie wykorzystać do szantażowania jej lub w innym nieuczciwym celu. Aby zminimalizować ryzyko takiego wycieku danych, można zastosować podobne rozwiązania jak np. w bankowości elektronicznej – powiązanie konta pacjenta z numerem telefonu komórkowego i adresem e-mail, a następnie weryfikację dwuetapową podczas rejestracji. W trakcie rejestracji pacjent może także ustawić pytanie pomocnicze (nie powinno ono dotyczyć znanych innym faktów z jego życia), na które trzeba odpowiedzieć podczas logowania.

Podobne zabiegi pozwolą placówkom ochrony zdrowia zachować pewien stopień kontroli nad tym, kto zwraca się po poradę. Nie mają one wpływu na to, jak zabezpieczona jest sieć i urządzenia zdalnego pacjenta. Mogą za to z pewnością zadbać o weryfikację tożsamości i bezpieczeństwo udostępniania danych.

Jakie rozwiązania stosować?

Wraz ze zmianami w sposobie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz rosnącą popularnością pracy zdalnej, przychodnie i szpitale muszą aktywnie poszukiwać rozwiązań, dzięki którym dane przesyłane w ramach usług telemedycznych będą bezpieczne. Oprócz wdrożenia infrastruktury SD-WAN, która ma na celu zabezpieczenie rozproszonych sieci bez uszczerbku dla ich wydajności, zespoły IT w placówkach medycznych powinny rozważyć następujące rozwiązania wskazane przez ekspertów Fortinet:

- Zabezpieczenie urządzeń końcowych – zapewnia możliwość sprawowania kontroli nad komputerami i sprzętem mobilnym dzięki kompleksowym informacjom dotyczącym stanu zabezpieczeń oraz gwarantuje proaktywną ochronę z wykorzystaniem bezpiecznego zdalnego dostępu poprzez wbudowaną sieć VPN. Rozwiązanie to powinno być połączone z systemem zarządzania urządzeniami końcowymi, co umożliwia skalowalne i scentralizowane zarządzanie nimi.
- Produkty do zarządzania tożsamością i dostępem (IAM) – są przeznaczone do potwierdzania tożsamości użytkowników i urządzeń w momencie ich połączenia z siecią poprzez uwierzytelnianie wieloskładnikowe oraz weryfikację posiadania stosownych certyfikatów.
- Rozwiązania do zarządzania urządzeniami bezprzewodowymi – zawierają pakiety ustawień konfiguracyjnych punktów dostępowych, dzięki czemu zapewniają bezpieczną łączność między zdalnymi lokalizacjami, a sieciami placówek medycznych. Dodatkowo ich zespoły IT powinny również rozważyć połączenie bezprzewodowych punktów dostępowych z zaporami sieciowymi.
- Rozwiązania wyposażone w zintegrowane mechanizmy zapewniające poufność rozmów telefonicznych – technologia ta może sprostać dużemu natężeniu ruchu w komunikacji głosowej, zarówno pod względem jej bezpieczeństwa, jak i wydajności.
- Rozwiązania uwierzytelniania sieciowego – umożliwiają wielu pracownikom zdalnym bezpieczny dostęp do sieci ich pracodawcy.
- Zapory sieciowe następnej generacji – konsolidują różne rozwiązania ochronne, takie jak automatyczne zabezpieczenia przed zagrożeniami i inspekcja ruchu SSL.

Wprowadzenie nowatorskich rozwiązań do sieci placówek ochrony zdrowia znacznie zwiększa jakość opieki nad pacjentem. Dzięki telemedycynie lekarze nadal są w stanie pomagać nawet tym, którzy z różnych powodów nie mogą dotrzeć do przychodni. Narzędzia te stale się rozwijają i stają ważniejsze niż kiedykolwiek wcześniej – dlatego tak ważnym wyzwaniem jest ich odpowiednie zabezpieczanie.

Grupowe ubezpieczenia zdrowotne – czym kierować się przy wyborze oferty?

Pandemia w znaczący sposób przemodelowała spojrzenie firm na wybór dostawców usług medycznych dla swoich pracowników i zmusiła decydentów do jeszcze wnikliwszej analizy oferty dostępnej na rynku. Możliwości, które oferują Towarzystwa Ubezpieczeniowe (TU), w zestawieniu z firmami abonamentowymi zyskały na wartości w nowych warunkach, w jakich przyszło funkcjonować wszystkim podmiotom na rynku. W obrębie ofert TU jest również sporo niuansów. Na co zwrócić uwagę przy wyborze oferty?

Aleksander **Roda**

prezes zarządu, TU ZDROWIE

Czy zagwarantowana jest dostępność lekarzy na wizytach stacjonarnych?

Jeśli ubezpieczony chce skorzystać z wizyty stacjonarnej, TU musi zgodnie z warunkami ubezpieczenia taką usługę zrealizować bez względu na sytuację epidemiologiczną w kraju. Wynika to z faktu, że standardy dostępności (czyli gwarantowany maksymalny czas realizacji usługi w placówce od momentu zgłoszenia potrzeby zrealizowania usługi dostawcy) są elementem stałym w każdej umowie ubezpieczenia. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę, czy dostawca usług zapewnia gwarancję dostępności. W sytuacji, w której znalazł się system polskiej opieki zdrowotnej, czyli deficytu lekarzy, taka gwarancja jest bardzo istotna. Najbardziej optymalnym rozwiązaniem dla ubezpieczonych jest zapis w umowie o stuprocentowym zwrocie poniesionych kosztów w przypadku niedotrzymania standardów dostępności.

Czy refundowane są wszystkie usługi? Jaki jest poziom refundacji? Jak łatwo uzyskać zwrot kosztów?

Ubezpieczony, jeśli tylko chce, bez uprzedniej akceptacji TU, może korzystać z dowolnie wybranej placówki, gabinetu lekarskiego w formie gotówkowej. Musi tylko pamiętać o fakturze lub rachunku imiennym. Jeśli usługa jest w pakiecie, TU dokonuje zwrotu ubezpieczonemu za wykonaną usługę zgodnie z zaakceptowanym cennikiem refundacji. Do niedawna była to usługa niedoceniana, jednak dziś, kiedy lekarze odmawiają przyjęcia pacjenta w przychodniach NFZ lub świadczą usługę w formie wizyty telemedycznej, właśnie ta opcja zyskuje na wartości. Warto zatem zwrócić uwagę, w jaki sposób dane TU podchodzi do refundacji, tj. czy daje możliwość refundacji wszystkich usług, które wchodzą w zakres ubezpieczenia, jaki jest ich poziom refundacji oraz w jaki sposób można złożyć wniosek refundacyjny, czy w pełni w formie elektronicznej – szczególnie w obecnych czasach jest to bardzo ważne.

Ile placówek ma w swojej ofercie TU?

Ubezpieczyciele, aby ograniczyć swoje koszty i wywiązać się ze standardów dostępności, starają się zazwyczaj kontraktować możliwie jak najwięcej podmiotów medycznych, w tym praktyki lekarskie i szpitale na terenie całej Polski. Warto sprawdzić, ile dany ubezpieczyciel ma placówek w miejscu zamieszkania i jaki oferują one zakres usług oraz zestawić tę informację z liczbą ubezpieczonych.

W jakim promieniu od miejsca zamieszkania jest zapewniona dostępność lekarzy?

Nieliczne TU idą o krok dalej i oferują standard dostępności w określonym promieniu do miejsca zamówienia usługi. Jest to ważne, może się zdarzyć tak, że jeśli nie będziemy mieć takiego zapisu, to ubezpieczyciel, aby wywiązać się z warunków, umówi nam wizytę w miejscu oddalonym o 50 czy 100 km od naszego miejsca pobytu. W przypadku reklamacji będzie ona niezasadna, gdyż warunki umowy dotrzymał, ale czy spełnił oczekiwania klienta?

Zdrowy pracownik to zdrowa firma

Rozmowa z Arturem Białkowskim, Dyrektorem Zarządzającym Business Services, Członkiem Zarządu Medicover Sp. z o.o.

W tym roku Państwa spółka po raz pierwszy opracowała koncept „Zdrowa Firma". Dlaczego Pana zdaniem to rozwiązanie jest ważne dla pracodawców?

Dobre zdrowie to lepsza jakość życia, a w perspektywie rynku pracy – wyższa produktywność. Dlatego wybór odpowiednich programów pozapłacowych ma istotny wpływ na samopoczucie pracowników oraz na biznes.

Żyjemy w bardzo dziwnych i niepewnych czasach. Z jednej strony widzimy wyraźne zmiany na rynku pracy, w tym redukcję zatrudnienia, ale z drugiej otrzymujemy sygnały, że pracodawcy chcą utrzymać pracowników w jak najlepszym zdrowiu – nie tylko fizycznym, lecz także psychicznym. Zauważamy też, że firmy, szukając oszczędności, redukują benefity, jednak te związane ze zdrowiem pozostają kluczowe. Warto podkreślić, że dziś, mówiąc o zdrowiu, nie mamy na myśli tylko opieki medycznej – chodzi też o sport, aktywność fizyczną, dietę i zdrowy styl życia, a także duchowość (tzn. relacje ze znajomymi i kulturę). Kierując się tak holistycznym podejściem, doradzamy firmom dedykowane rozwiązania **we wszystkich obszarach zdrowia pracowników** – od fizycznego, przez psychiczne, aż po społeczne.

Skąd wzięła się potrzeba, aby przygotować taki projekt?

Badania, które zrobiliśmy w związku z konceptem **„Zdrowa Firma"**, pokazały nam wyraźnie potrzeby pracowników oraz działów personalnych. Według Barometru COVID-19 Kantara aż 82 proc. zatrudnionych uważa, że pracodawca powinien zadbać o ich zdrowie i bezpieczeństwo. Dobre przywództwo w czasach pandemii, zrozumienie i wsparcie oraz właśnie troska o zdrowie i bezpieczeństwo zatrudnionych to kluczowe potrzeby pracowników, które powinien spełnić pracodawca.

Ostatnio aż w 1/3 firm wprowadzono redukcję wymiaru etatów, a prawie w 40 proc. zmniejszono zatrudnienie. Nadal jednak prawie 2/3 pracodawców tego nie uczyniło. Podmioty, które obniżyły wymiar zatrudnienia, będą oczekiwały od nas optymalizacji benefitów.

„Zdrowa Firma" to rozwiązanie, które pokazuje, jak efektywnie zadbać o swoich pracowników poprzez stworzenie atrakcyjnego i odpowiadającego na ich potrzeby programu benefitowego obejmującego sport, zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne – szeroko rozumiany dobrostan.

Czyli Państwo patrzą tu na zdrowie holistycznie?

Oczywiście! Wystarczy spojrzeć na definicję WHO: „Zdrowie jest stanem pełnego/całkowitego dobrego samopoczucia / dobrostanu (ang. wellbeing) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem – obiektywnie istniejącej – choroby czy niepełnosprawności".

Koncept „Zdrowa Firma" jest spójny z powyższą definicją Światowej Organizacji Zdrowia. W jego ramach dobieramy lub nawet „szyjemy na miarę" dedykowane rozwiązania we wszystkich obszarach zdrowia pracowników – od fizycznego, przez psychiczne aż po społeczne. Nie lekceważymy także roli rozrywki, zdrowej diety, kultury i sportu, bo wiemy, jak mocno wpływają one na ogólny dobrostan. Zdajemy sobie przy tym sprawę, jak ważne jest dla nowoczesnych firm, aby wspierać mądrze pracowników we wszystkich tych obszarach.

Co wchodzi dokładnie w skład takiej oferty?

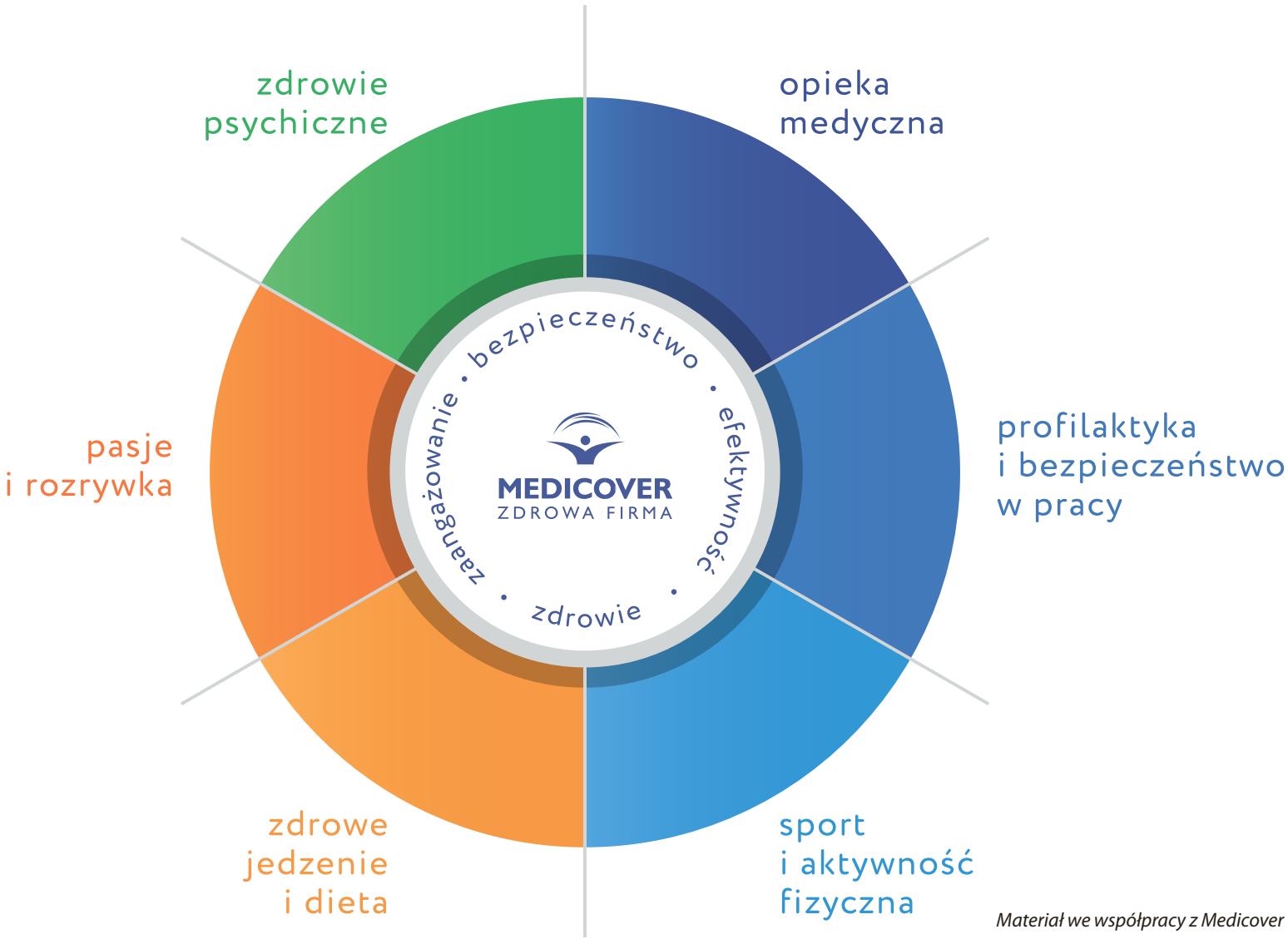
Oczywiście wszystko zależy od danej firmy i jej potrzeb, ale także od branży czy grup pracowniczych. Kluczowe filary „Zdrowej Firmy" to:

- opieka medyczna,
- profilaktyka i bezpieczeństwo pracy,
- sport i aktywność fizyczna,
- zdrowe jedzenie i dieta,
- pasje i rozrywka,
- zdrowie psychiczne.

Jak rozumiem, zmieniły się jednak potrzeby i cele nie tylko pracowników, lecz także działów personalnych?

Jak najbardziej i to bardzo. Kluczowe cele, przed którymi stanęły w tym roku działy personalne, to budowanie zaangażowania, odporności, kondycji psychicznej i fizycznej pracowników, a także stworzenie im bezpiecznych warunków pracy. W firmach naszych klientów kluczowe okazały się utrzymanie ciągłości działania przy jednoczesnym ograniczaniu kosztów oraz efektywność zatrudnionych. Co to oznacza dla nas jako partnera zdrowia pracowników? Chcemy po prostu pomóc naszym klientom dopasować ofertę do zmieniających się potrzeb i możliwości budżetowych oraz zapewnić im rozwiązania, które utrzymają ich pracowników w zdrowiu i zagwarantują im bezpieczne środowisko pracy. Stąd koncept „Zdrowa Firma".

Więcej informacji na temat konceptu „Zdrowa Firma" znajduję się na stronie zdrowafirma.medicover.pl. To portal, na którym firmy mogą także samodzielnie dopasować dostępne rozwiązania do potrzeb swoich i swoich pracowników.



Materiał we współpracy z Medicover

PRYWATNA SŁUŻBA ZDROWIA

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ KARDIOLOGICZNYCH

– potrzebujemy planu walki ze skutkami ubocznymi pandemii SARS-CoV-2

Pandemia COVID-19 pokazała, jak istotnym elementem bezpieczeństwa narodowego jest kwestia odpowiedniego finansowania ochrony zdrowia. W obszarze kardiologii, na przestrzeni ostatnich miesięcy, nastąpiło drastyczne zmniejszenie dostępności udzielania świadczeń planowych, zarówno w lecznictwie ambulatoryjnym, jak i lecznictwie szpitalnym, oraz odnotowano znaczny spadek zgłoszeń nagłych. Używając analogii do wolnego rynku, możemy zaryzykować stwierdzenie, że doszło do jednoczesnego ograniczenia popytu i podaży.

Paweł **Kaźmierczak**

członek zarządu,
dyrektor medyczny,
American Heart of Poland

Wynika to z jednej strony z przełączenia większości elementów systemu opieki zdrowotnej w tryb walki z pandemią, z drugiej strony z obawy pacjentów przed kontaktem z placówkami medycznymi i zarażeniem wirusem SARS-CoV-2. W przypadkach nagłych stanów kardiologicznych, takich jak zawał serca, ciężka niewydolność serca czy zagrażające życiu arytmie, zauważalny jest spadek zgłoszeń sięgający nawet 40 proc. W przypadku procedur planowych ograniczenie ilości zrealizowanych świadczeń przekroczyło 70 proc. Konsekwencją tego jest nie tylko obserwowany już w październiku lawinowy wzrost zgonów, ale w dłuższej perspektywie będzie to ryzyko wydłużenia kolejek i potrzeba zwiększenia liczby wykonywanych zabiegów, co może sprawić problemy z ich sfinansowaniem.

Planować rozwiązania

Myśląc o najpilniejszych potrzebach polskiej kardiologii, powinniśmy już dziś planować rozwiązania znoszące bariery ograniczające dostęp do profilaktyki, diagnostyki, leczenia i monitorowania jego efektów oraz rehabilitacji chorób układu krążenia. Rozwiązania te powinny bazować na solidnych założeniach budżetowych, mających odzwierciedlenie w planach finansowych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Obecnie największe nadzieje budzą deklaracje Ministerstwa Zdrowia dotyczące uruchomienia programu profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia, wzorowanego na rozwiązaniach przyjętych w Narodowej Strategii Onkologicznej. Program zakłada wprowadzenie nielimitowanego dostępu do diagnostyki i terapii dla pacjentów kardiologicznych, działania w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej oraz koordynowanie leczenia pacjentów już zdiagnozowanych. Jego istotnym założeniem jest opracowanie ścieżek diagnostycznych i terapeutycznych dla pacjentów, co znacznie poprawi wykrywalność i przyspieszy rozpoczęcie leczenia schorzeń sercowo-naczyniowych. Inwestycje w ramach programu będą przeznaczone m.in. na szkolenia kadr medycznych, edukację pacjentów i wdrażanie innowacyjnych terapii.[1] [2] Należy mieć nadzieję, że proponowane zmiany obejmą swoim zakresem ponowne wprowadzenie nielimitowanego udzielania świadczeń w przypadku niestabilnej postaci dusznicy bolesnej. Kwestia ta poruszana jest w branży kardiologicznej od 2017 r., gdy wprowadzono limity na terapię tej postaci ostrego zespołu wieńcowego[3]. Ograniczony dostęp do świadczeń w tym zakresie może istotnie przyczyniać się do wzrostu śmiertelności z powodu chorób układu krążenia w Polsce.

Sprzyjać dalszemu rozwojowi

Przyjęte rozwiązania powinny również sprzyjać dalszemu rozwojowi opieki koordynowanej, w tym programu KOS-zawał, który obejmuje kompleksową opiekę pacjentów po zawale serca. Wdrożenie programu to ogromny sukces polskiej kardiologii. Nakłady finansowe na leczenie i rehabilitację w ramach tego programu rosną z każdym rokiem, jednak dalsze dofinansowanie jest koniecznie, szczególnie w celu rozszerzenia programu o kolejne ośrodki.[4] W oddziałach szpitalnych Grupy AHP rocznie hospitalizowanych jest blisko 5 tys. pacjentów z zawałem serca, z czego około 70 proc. kwalifikuje się do objęcia opieką koordynowaną w ramach programu KOS-zawał. Potwierdzają to między innymi nasze doświadczenia z prowadzenia programu w województwie śląskim i podlaskim. Ponieważ w związku z pandemią COVID-19 nastąpiło znacznie zahamowanie realizacji programu KOS-zawał, głównie z powodu ograniczonego dostępu do rehabilitacji kardiologicznej, tym bardziej powinniśmy położyć teraz nacisk na jego dalszy dynamiczny rozwój oraz możliwość zastosowania nowych technologii, np. telerehabilitacji kardiologicznej.

Kontynuując temat opieki koordynowanej nie sposób nie wspomnieć o konieczności wdrożenia programu Kompleksowej Opieki nad Pacjentami z Niewydolnością Serca (KONS), nad którym prace trwają od kilku lat. Szacuje się, że na niewydolność serca w Polsce choruje obecnie około miliona osób. Prognozy na przyszłość są alarmujące – za 10 lat ta liczba może zwiększyć się o 50 proc. Szansą, aby odwrócić ten negatywny trend, jest program KONS, który zakłada poprawę wczesnej wykrywalności niewydolności serca wraz z określeniem jej etiologii oraz spowolnienie postępu choroby, co przełoży się na poprawę jakości i długości życia u osób już zdiagnozowanych. Jednym z głównych założeń programu jest również ograniczenie liczby zaostrzeń niewydolności serca oraz optymalne wykorzystanie zasobów opieki szpitalnej w opiece nad tą grupą chorych. W tym roku pilotaż programu KONS pojawi się w sześciu ośrodkach w Polsce. Miejmy nadzieję, że po dwuletnim pilotażu program zostanie rozszerzony na cały kraj.[5]

> **Walka z pandemią SARS-CoV-2 nie powinna nas również powstrzymać przed ewaluacją i wdrażaniem nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych.**

Wdrażać nowe rozwiązania

Walka z pandemią SARS-CoV-2 nie powinna nas również powstrzymać przed ewaluacją i wdrażaniem nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych. Należy kontynuować prace związane z zastosowaniem i rozpowszechnieniem metody trombektomii mechanicznej w udarze mózgu, wykorzystaniem telemedycyny, a zwłaszcza telemonitoringu w kardiologii czy prowadzić dalsze rozmowy w sprawie refundacji nowych leków, zwłaszcza tych stosowanych w niewydolności serca.

Choroby układu krążenia to nadal najczęstsza przyczyna zgonów Polaków, warto więc ponownie przemyśleć kwestię finansowania w obszarze kardiologii. Miejmy nadzieję, że pandemia SARS-CoV-2 nie zakłóci dialogu z decydentami w tym obszarze i wpłynie na dalszy rozwoju powyższych projektów.

1. Materiał prasowy PTKardio https://ptkardio.pl/aktualnosci/532-konferencja_prasowa_w_trybie_online_inaugurujaca_xxiv_miedzynarodowy_kongres_polskiego_towarzystwa_zyc_lepiej_i_dluzej_dzieki_kardiologii

2. https://swiatlekarza.pl/prof-jaroslaw-kazmierczak-priorytety-w-polskiej-kardiologii-na-drugie-polrocze/

3. https://www.rp.pl/Zdrowie/308 029 937-Wykreslenie-niestabilnej-dusznicy-piersiowej-z-katalogu-swiadczen-nielimitowanych.html

4. https://ptkardio.pl/aktualnosci/521-stanowisko_ptk_na_temat_raportu_nfz_o_chorobie_niedokrwiennej_serca_naklady_na_leczenie_kardiologiczne_spadaja_smiertelnosc_z_powodu_chorob_serca_nadal_jest_najwieksza

5. https://swiatlekarza.pl/prof-jaroslaw-kazmierczak-priorytety-w-polskiej-kardiologii-na-drugie-polrocze/

Gdzie jest równość wobec prawa?

Po raz kolejny grupa ratowników medycznych pracujących w Zespołach Transportu Medycznego została pominięta w planowanych wzrostach wynagrodzeń, czy choćby wypłacanych dodatkach ministerialnych!

W dniu 01.11.2020 r. pojawiły się w mediach informacje, wygłaszane przez ministra zdrowia Adama Niedzielskiego oraz premiera Mateusza Morawieckiego, które mówią o wzroście wynagrodzenia o 100 proc. dla wszystkich ratowników medycznych pracujących z pacjentami zakażonymi wirusem Sars-CoV-2. 29.11.2020 r. prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19. Wzrost wynagrodzenia opisywany powyżej ma związek z trudną i karkołomną pracą w ciężkich czasach epidemii, która często wykracza poza siły, możliwości i przyjęte normy, a ma stanowić swego rodzaju ukłon, podziękowanie dla bohaterów codziennej walki. Jest to swego rodzaju czynnik motywujący do dalszej wytężonej pracy.

Dlaczego kolejny raz pomija się części ratowników medycznych?

Niestety po raz kolejny grupa ratowników medycznych pracujących w Zespołach Transportu Medycznego została pominięta w planowanych wzrostach wynagrodzeń, czy choćby wypłacanych dodatkach ministerialnych!

Nadmienić i uzmysłowić należy, że w obecnym czasie 90 proc. transportów medycznych, międzyszpitalnych to pacjenci w stanie ciężkim, bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia ze stwierdzoną chorobą COVID-19 lub zakażeniem SARS-CoV-2! Nad każdym tym pacjentem podczas transportu czuwa i zabezpiecza go właśnie ratownik medyczny.

Nie jest dla nas zrozumiałym, dlaczego kolejny raz pomija się części ratowników medycznych, którzy codziennie poświęcają się i z ogromnym zaangażowaniem włączają się we wspólną walkę w tych trudnych dla nas wszystkich czasach!

Jakie jest uzasadnienie wyboru i takiego sposobu traktowania i podziału?

Żal, rozrzewnienie, frustracja, niechęć do dalszej pracy, a czasami złość, to słowa, które po części opisują odczucia grupy ratowników medycznych odsuwanych na boczny tor przez rządzących. Przez takie działania doprowadza się do nikomu niepotrzebnego rozbicia grupy zawodowej na ratowników lepszego i gorszego sortu. Na dziś wzrost dodatkowego wynagrodzenia o 100 proc. ma moc prawną wyłącznie w przypadku pracowników skierowanych do pracy na mocy decyzji wojewody.

Równość to akceptacja różnego traktowania przez prawo różnych podmiotów, z tym jednak, że to różne traktowanie powinno być uzasadnione. Równość wobec prawa to również zasadność wybrania takiego, a nie innego kryterium zróżnicowania podmiotów prawa. Dlatego też pytamy, jaka jest różnica w leczeniu pacjentów z COVID-19 pomiędzy osobami skierowanymi do pracy na mocy decyzji wojewody, a pozostałymi, bez takiego skierowania? Jakie jest uzasadnienie wyboru i takiego sposobu traktowania i podziału?

Autorem tekstu są ratownicy Transportów Medycznych w Falck.