

# Eksperti o szpitalach jednoimiennych: pomysł dobry, wykonanie gorsze

Wojciech Kuta

*W środowisku medycznym trwają dyskusje, czy stworzenie sieci szpitali jednoimiennych było dobrym rozwiązaniem w walce z pandemią koronawirusa w naszym kraju. – Ten model nie działa dobrze. Musimy nauczyć się żyć z koronawirusem, przestrzegać rygorów sanitarnych we wszystkich szpitalach, a nie wyłączać poszczególne oddziały – uważa kardiolog, prof. MACIEJ LESIAK.*

**P**rzypomnijmy, że w połowie marca uruchomiono 22 szpitale jednoimiennie, dysponujące ponad 7,4 tys. łóżek. Na początku czerwca ich obłożenie sięgało przeciętnie ok. 40%. Między innymi z tego powodu resort zdrowia podjął wspólnie z NFZ i wojewodami decyzję, że lecznice te sukcesywnie będą powracać do swoich pierwotnych, wieloprofilowych funkcji. Nadal jednak – w opinii wielu zarządzających placówkami jednoimiennymi – brakuje jasnych zasad, na jakich w tych lecznicach będą przywracane wcześniejsze zadania.

## „Jednoimienni” – co z nami będzie?

Dlatego, jak mówił niedawno Rynkowi Zdrowia **Jarosław Madowicz**, wiceprezes zarządu i dyrektor ds. medycznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Megrez Sp. z o.o. w Tychach (jedna z placówek jednoimiennych), szefowie tych lecznic podjęli decyzję o zorganizowaniu spotkania wszystkich dyrekcji jednoimiennych szpitali zakaźnych w Polsce, aby wspólnie wystąpić do Ministerstwa Zdrowia o utworzenie specjalnej ścieżki prawnej, umożliwiającej bezpieczne przywrócenie poprzedniej działalności tych szpitali.

Takie spotkanie odbyło się 30 czerwca, a jego przedmiotem były problemy, z jakimi borykają się szpitale jednoimiennie. – Okres, w którym placówki pozostają w tej formule, pociąga za sobą trudno odwracalne zmiany w wielu obszarach. Głównymi wyzwaniem, z którymi mierzy się każda z przekształconych placówek, są: zasady finansowania, odchodzenie kadr medycznych oraz brak jasnych i bezpiecznych zasad powrotu do pierwotnej działalności – informowali nas organizatorzy spotkania.

W środowisku medycznym wciąż trwają także dyskusje, czy samo przekształcenie 22 szpitali w jednoimiennie ośrodki zakaźne było dobrym organizacyjnym rozwiązaniem w walce z pandemią koronawirusa w naszym kraju. Prof. **Robert Gil**, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej w Centralnym

Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie (także przekształconym w marcu w szpital jednoimienny), zwraca uwagę, że sam pomysł utworzenia sieci takich szpitali był „bardzo dobry i zarazem wygodny” z punktu widzenia zarządzającego systemem opieki zdrowotnej w Polsce.

## Rezerwuar czekających na diagnozę

– Do pełnienia roli placówek jednoimiennych zostały wybrane szpitale wieloprofilowe, mogące zapewnić opiekę pacjentom chorym nie tylko na COVID-19, ale też mającym inne choroby współistniejące. To był dobry pomysł, ale teraz utrzymywanie tak dużych jednostek w stanie „zamrożenia” nie jest już uzasadnione. Inaczej też powinna wyglądać współpraca między szpitalami – podkreślał 30 czerwca prof. Gil podczas jednej z sesji III Konferencji „Nowe Technologie w Schorzeniach Sercowo-Naczyniowych” (NTEC)\*.

– Dzisiaj nasze szpitale (jednoimiennie – przyp. red.) stały się rezerwuarem pacjentów nie do końca zdiagnozowanych w kierunku COVID-19. Kilka z 22 szpitali jednoimiennych wraca do swoich wcześniejszych zadań. Brakuje jednak jasnego określenia funkcji, jakie mają pełnić. W dalszym ciągu we wszystkich tych placówkach zablokowana jest znaczna liczba łóżek – wskazuje kardiolog z CSK MSWiA w Warszawie.

Prof. Gil uważa, że w swoim założeniu szpital jednoimienny powinien zajmować się wyłącznie pacjentami z potwierdzoną chorobą COVID-19. – Tymczasem są dni, kiedy nawet połowa pacjentów naszego szpitala to osoby, które dopiero czekają na wynik testu, czyli zdiagnozowanie w kierunku zakażenia koronawirusem – mówi specjalista.

– Potem jest problem, gdyż pacjenci z COVID-19 zostają u nas, a „ujemnych”, czyli niezakażonych, nie możemy nigdzie przekazać, bo nikt ich nie chce – tłumaczył prof. Robert Gil. Dodał, że osoby z objawami zawału serca nadal nie chcą iść, w obawie przed zakażeniem, do szpitala jednoimiennego, w którym



**Prof. Robert Gil, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie**

*Jestem przeciwny działaniu szpitali jednoimiennych w dotychczasowej formule. Znacznie bardziej efektywne będzie stworzenie w każdym szpitalu wieloprofilowym części „covidowej”, aby pacjenci nie tracili czasu na szukanie specjalistów w kolejnych placówkach. Wszystkie szpitale wieloprofilowe powinny mieć także możliwość wykonywania u każdego przyjmowanego pacjenta skutecznych, 45-minutowych testów na obecność koronawirusa.*

*Prof. DARIUSZ DUDEK, prezes Europejskiego Stowarzyszenia Przeszkórnych Interwencji Sercowo-Naczyniowych:  
- We włoskich szpitalach nadal bardzo rygorystycznie przestrzegane są wymogi sanitarne, podczas gdy w Polsce pod tym względem obserwujemy spore rozluźnienie.*



- jak w przypadku CSK MSWiA - jest oddział kardiologiczny.

- Efekt jest taki, że roku temu w czerwcu mieliśmy w naszej klinice około 60 pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW), a teraz jest ich maksymalnie 4 w ciągu miesiąca, a śmiertelność wzrosła do 50%. Dlaczego? Bo ze strachu przed infekcją te osoby siedziały w domu zamiast szybko trafić na odpowiedni oddział - stwierdził prof. Gil.

I podkreślił: - Jestem przeciwny działaniu szpitali jednoimiennych w dotychczasowej formule. Znacznie bardziej efektywne będzie stworzenie w każdym szpitalu wieloprofilowym części „covidowej”, aby pacjenci nie tracili czasu na szukanie specjalistów w kolejnych placówkach. Wszystkie szpitale wieloprofilowe powinny mieć także możliwość wykonywania u każdego przyjmowanego pacjenta skutecznych, 45-minutowych testów na obecność koronawirusa - podsumował prof. Robert Gil.

#### **Po pierwsze reżim sanitarny**

- Zgadzam się z prof. Gilem, że sam pomysł tworzenia szpitali jednoimiennych nie był zły, ale jego realizacja i sama organizacja działania tej sieci takie dobre już nie były - uważa prof. **Dariusz Dudek**, prezes Europejskiego Stowarzyszenia Przeszkórnych Interwencji Sercowo-Naczyniowych (EAPCI).

- Systemy ochrony zdrowia w Austrii, Niemczech czy krajach Beneluksu poradziły sobie znacznie lepiej, zapewniając

i uspokajając obywateli, że wszystkie szpitale dysponują odpowiednią liczbą łóżek na przyjęcie pacjentów z COVID-19. Z kolei we włoskich szpitalach nadal bardzo rygorystycznie przestrzegane są wymogi sanitarne, podczas gdy w Polsce pod tym względem obserwujemy spore rozluźnienie - przestrzega prezes EAPCI.

W jego opinii jesienią tego roku należy zreorganizować funkcjonowanie szpitali w warunkach epidemii SARS-CoV-2, aby pacjenci z innymi chorobami niż COVID-19 trafiali do odpowiednich ośrodków bez - zagrażającego ich zdrowiu i życiu - opóźnień. - Nie można wstrzymywać przyjęć planowych. Należy natomiast we wszystkich szpitalach konsekwentnie wydzielać strefy „czyste” i „brudne”, testować wszystkich przyjmowanych pacjentów oraz ściśle przestrzegać wszelkich zasad reżimu sanitarnego - wylicza prof. Dudek.

#### **Sytuacja się zmieniła, nauczmy się żyć z tą infekcją**

Natomiast prof. **Jacek Legutko**, kierownik Oddziału Klinicznego Kardiologii Interwencyjnej Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie, przypomina, że system placówek jednoimiennych został wprowadzony w marcu br., czyli w okresie, kiedy obawialiśmy się powtórzenia w Polsce scenariusza włoskiego lub hiszpańskiego.

- Teraz sytuacja jest inna. Na pewno potrzebne są nam odpowiednio sprofilowane placówki zajmujące się osobami z COVID-19.

Otwarte pozostaje pytanie, czy mają to być całe szpitale, czy oddziały zakaźne. W przypadku, kiedy trafia do nas pacjent z objawami zawału serca, a zarazem z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia koronawirusem, powinniśmy mieć możliwość przekazania takiego chorego do wyspecjalizowanego ośrodka - mówi prof. Jacek Legutko.

Także prof. **Adam Witkowski**, kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wskazuje, że sieć jednoimiennych szpitali zakaźnych wprowadzona została w sytuacji nagłego zagrożenia pandemią SARS-CoV-2. - Dlatego chyba nikt wówczas do końca nie wiedział, w jaki dokładnie sposób te ośrodki miały w praktyce funkcjonować - przyznał prezes PTK.

Zdaniem prof. **Macieja Lesiaka**, kierownika I Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, szpitale jednoimienne w obecnej postaci już się nie sprawdzają. - Musimy nauczyć się żyć z koronawirusem i przestrzegać we wszystkich lecznicach rygorów sanitarnych. Wyłączenie na przykład dużego oddziału kardiologii, aby w danym szpitalu leczyć głównie choroby zakaźne, mija się z celem, bo inne placówki nie będą w stanie nadrobić zaległości w przyjmowaniu pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi - przestrzega prof. Lesiak.

#### **MZ: szpitale jednoimienne sprawdzą się w walce z pandemią**

- Szpitale jednoimienne, których powołanie było efektem pandemii, spełniły pokładane w nich oczekiwania. Jednak na dokładne

decyzje co do ich przyszłości trzeba jeszcze poczekać, chociaż można sądzić, że zbliża się czas powrotu tych placówek do dawnych zadań - mówił wiceminister zdrowia **Sławomir Gadomski** 14 maja podczas jednej z sesji V Kongresu Wyzwań Zdrowotnych Online.

Przypomniał, że uruchomienie sieci szpitali jednoimiennych było odpowiedzią na to, co działo się za granicą. - Patrząc na Chiny i Włochy, postanowiliśmy wykorzystać naszą infrastrukturę, by zareagować na potrzeby osób zakażonych, nie utrudniając jednocześnie dostępu do innych szpitali. Dzisiaj widzimy, że sieć szpitali jednoimiennych na szczęście nie odegrała roli, jaką dla nich przewidzieliśmy, bo epidemia nie miała takiego przebiegu, jak w innych krajach - zaznaczył wiceminister.

Dodał, że skierowanie do tych szpitali pewnych zasobów i pacjentów było decyzją słuszną. - Obecnie przyglądamy się, jak wygląda obłożenie w tych placówkach i być może będziemy weryfikować ich działalność. Ale na to przyjdzie czas, gdy będziemy wiedzieli, jak poluzowanie obostrzeń wpłynęło na przebieg epidemii - podsumował Sławomir Gadomski.

*\* Wypowiedzi kardiologów dotyczące szpitali jednoimiennych zanotowano 30 czerwca podczas sesji pt. „Kardiologia interwencyjna w dobie COVID-19”, która odbyła się w ramach III Konferencji „Nowe Technologie w Schorzeniach Sercowo-Naczyniowych” (NTEC). Konferencja ta jest wydarzeniem towarzyszącym V Kongresowi Wyzwań Zdrowotnych Online (14 maja-14 lipca 2020 r.).*



**Prof. Jacek Legutko, kierownik Oddziału Klinicznego Kardiologii Interwencyjnej Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie**

*System placówek jednoimiennych został wprowadzony w marcu br., czyli w okresie, kiedy obawialiśmy się powtórzenia w Polsce scenariusza włoskiego lub hiszpańskiego. Teraz sytuacja jest inna. Na pewno potrzebne są nam odpowiednio sprofilowane placówki zajmujące się osobami z COVID-19. Otwarte pozostaje pytanie, czy mają to być całe szpitale, czy oddziały zakaźne?*



