

Przepis na przyjazny szpital

Andrzej Kulik

Inwestowanie w służbie zdrowia przypomina dzisiaj drogę przez mękę. I do tego bardzo kosztowną. Nie dość, że brakuje wyspecjalizowanych biur projektowych i firm budowlanych, które potrafiłyby zaprojektować i zbudować szpital bądź przychodnię w sposób jak najbardziej ekonomiczny, to jeszcze cały proces inwestycyjny regulują przestarzałe przepisy, podrażające zupełnie niepotrzebnie koszty. Sytuacja przypomina klasyczne błędne koło. Pieniądzy jest mało, więc się nie buduje nowych placówek, bo wszyscy wiedzą, że to kosztowne przedsięwzięcie. Kosztowne, bo projektanci mają ręce związane obowiązującymi normami i wytycznymi, które wymuszają budowanie drogo. A pieniądze na inwestycje w służbie zdrowia pochodzą nadal głównie z budżetu państwa. Tego samego państwa, które tworzy kosztowne przepisy.

Służba zdrowia nie wyjdzie z kryzysu, jeśli nie obniży kosztów funkcjonowania i nie poprawi standardu usług. Dotyczy to także szpitali. Z tego względu z ponad 700 placówek, które działają teraz w Polsce, przeszło 200 należałoby zamknąć, pozostałe 500 zmodernizować i wybudować 100 nowych. Ale budować i modernizować, uwzględniając z jednej strony faktyczne potrzeby, a z drugiej postęp technologiczny, czyli mniejsze, ale bardziej nowoczesne. Do tych zadań należy także dostosować przepisy – mówi Piotr Gerber, współwłaściciel prywatnego szpitala EuroMediCare w Wrocławiu.

Zdrowy rozsądek i decentralizacja uprawnień

Potrzebna jest przede wszystkim decentralizacja uprawnień. Teraz normy, które muszą spełniać placówki służby zdrowia, są obligatoryjne i na każde, najmniejsze nawet odstępstwo od nich musi wyrazić zgodę Ministerstwo Zdrowia. A to wydłuża inwestycję o miesiące i tym samym ją podraża. Zupełnie niezrozumiałym jest, dlaczego takich decyzji nie mogą podejmować terenowi inspektorzy sanitarni – ostatecznie są to przecież urzędnicy państwowi powołani do pilnowania, aby przestrzegane były standardy higienicz-

ne, gwarantujące bezpieczeństwo pacjentom. I właśnie te standardy, a nie sztywne normy budowlane powinny o wszystkim decydować.

Nikt nie kwestionuje, np. konieczności zapewnienia na sali operacyjnej odpowiedniej wymiany powietrza, tak aby nie dopuścić do nadmiernego stężenia bakterii. Tyle, że można osiągnąć to na dwa sposoby: albo – jak dotychczas, poprzez podniesienie stropów i powiększenie kubatury, albo poprzez zastosowanie nowoczesnej klimatyzacji, która nawiewa na stół operacyjny powietrze pozbawione w ogóle zanieczyszczeń.

Tymczasem obowiązujące teraz przepisy mówią, że sala operacyjna ma mieć 3,3 m wysokości i 35 m² powierzchni. Taka, a nie inna norma wynika zapewne z tego, że kiedyś odpowiednią wymianę powietrza uzyskiwano grawitacyjnie. Przy zastosowaniu mechanicznej wentylacji budowanie tak wielkich hal jest zbędne, a niepotrzebnie podraża koszty inwestycji. Ale przepis nie przewiduje odstępstwa, więc trzeba budować nikomu niepotrzebne, drogie hale – tłumaczy Agata Zamasz, architekt z zespołu projektowego przy EuroMediCare.

Jeszcze gorzej jest w przypadku modernizacji. Naszą przychodnię umieściliśmy w starym pałacyku, w którym przed wojną była klinika prof. Wołyty. Okaza-



Fot. Tatiana Jachyra

Służba zdrowia nie wyjdzie z kryzysu, jeśli nie obniży kosztów funkcjonowania i nie poprawi standardu usług. Dotyczy to także szpitali. Z tego względu z ponad 700 placówek, które działają teraz w Polsce, przeszło 200 należałoby zamknąć, pozostałe 500 zmodernizować i wybudować 100 nowych – mówi Piotr Gerber

to się, że sufit jest tam o 10 cm za nisko w stosunku do polskich norm. Musieliśmy więc, ponosząc spore dodatkowe koszty, podnieść stropy. Nikt się nawet nie zastanawiał, czy to jest uzasadnione w tym miejscu, czy nie, czy te 10 cm ma jakiegokolwiek znaczenie. Musi być i już – dodaje Piotr Gerber.

Zdaniem Piotra Gerbera (architekta z zawodu) właśnie z powodu niezyciowych aktów prawnych należy się wystrzegać adaptowania istniejących już budynków na potrzeby nowych placówek medycznych. Rzadko które bowiem obiekty użyteczności publicznej spełniają takie wymogi, jakie przepisy stawiają przed obiektami służby zdrowia. Ich przystosowanie do nowej funkcji pochłonie więcej środków, niż zbudowanie szpitala bądź przychodni od nowa.

A to też, niestety, może kosztować znacznie drożej niż powinno. Odwołując się choćby do wspomnianej już sali operacyjnej, przepisy określają sztywno nie tylko jej wysokość, ale także jej wielkość. I to zupełnie nie biorąc pod uwagę, do czego będzie wykorzystywana. Tymczasem zupełnie inną powierzchnię powinna mieć sala do operacji kardiochirurgicznych, które wy-

magają olbrzymiej ilości aparatury, a zupełnie inną, np. zabiegów usuwania zmian skórnych.

Do nowej rzeczywistości nie przystają zresztą nie tylko wymiary określonych pomieszczeń, ale też ich – narzucane przepisami – funkcje. Np. zgodnie z nimi każdy szpital musi mieć izbę przyjęć i to z zapleczem sanitarnym, gdzie można umyć pacjenta przywiezionego z wypadku. Wymóg zrozumiały w przypadku placówek, które przyjmują pacjentów z tzw. nagłych przypadków, zupełnie niepotrzebny w powstających od kilku lat małych szpitalach, specjalizujących się tylko w planowanych zabiegach.

Konieczne różnicowanie

Te przepisy nie pozwalają na jakąkolwiek poprawę stanu szpitali. Z jednej strony wymuszając kosztowne a niepotrzebne inwestycje powodują, że brakuje pieniędzy na wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań. Z drugiej strony uniemożliwiają zapewnienie pacjentom większego komfortu tam, gdzie jest to możliwe niewielkimi środkami. Zabronione jest, np. wieszanie firan



W Polsce w trakcie procesu kształcenia architektów po prostu nie zwraca się uwagi na powiązanie projektu z kosztem jego realizacji. Projektant ma dbać o to, czy obiekt jest funkcjonalny i estetyczny, a aspektem finansowym w ogóle się nie zajmuje – opowiada Agata Zamasz

w pokojach chorych, czy położenia tam wykładzin. W przeciętnym polskim szpitalu jest to zrozumiałe, bo zapewne byłyby tam potężnym rezerwuarem zarasków. Ale szpitale różnicują się i ten proces będzie się pogłębiał. Są takie, które są w stanie zadbać o czystość, i w których wykładzina, dywan, czy firanka nie będzie zagrożeniem dla pacjenta i pewnie jeszcze długo będą takie, w których dezynfekcja odbywa się przy pomocy wiadra i szmaty. Ale to nie powód, aby przy pomocy sztywnych przepisów zmuszać najlepszych do równania z najstarszymi – mówi Piotr Gerber.

Bądź ostrożny i licz

Kłopoty z przepisami to nie jedyne problemy, na jakie napotyka inwestor. Na rynku brakuje wyspecjalizowanych biur projektowych i firm budowlanych, które potrafiłyby przygotować i poprowadzić taką inwestycję jak najbardziej ekonomicznie. Ponieważ przez ostatnie kilkanaście lat inwestycji w służbie zdrowia nie było zbyt dużo, wielu architektów przekwalifikowało się i zajmuje się projektowaniem dla innych branż. Nieliczni, którzy pozostali, robią to najczęściej tak, jak 20–30 lat temu. Im większa kubatura, tym lepiej, bo większa prowizja.

Nie zawsze to wynika z wyrachowania. W Polsce w trakcie procesu kształcenia architektów po prostu nie zwraca się uwagi na powiązanie projektu z kosztem jego realizacji. Projektant ma dbać o to, czy obiekt jest funkcjonalny i estetyczny, a aspektem finansowym w ogóle się nie zajmuje. A np. w Danii, gdzie studiowałam przez rok, przykładą się do tego ogromną wagę – opowiada Agata Zamasz.

Według Piotra Gerbera każdy, kto w Polsce zechce zainwestować w budowę szpitala, powinien wcześniej

na własną rękę zapoznać się z doświadczeniami tych, którzy już to zrobili. Inaczej może go to kosztować o wiele więcej, niż powinno. Z projektantami przede wszystkim należy uzgodnić wynagrodzenie tak, aby nie stanowiło ono procentu od wartości inwestycji, a wręcz przeciwnie – było pochodną od wprowadzonych oszczędności. Oczywiście, w granicach zdrowego rozsądku – aby zachowana została założona jakość. Od architektów należy też domagać się analizy, jaki będzie wpływ zastosowanych rozwiązań na późniejsze koszty funkcjonowania szpitala. Np. czy użycie tańszego, ale mniej trwałego materiału, w dłuższej perspektywie nie okaże się jednak rozwiązaniem bardziej kosztownym (bo trzeba go będzie szybciej wymienić).

Należy też brać pod uwagę to, że rynek usług medycznych będzie się szybko zmieniał. Specjalizacje potrzebne i opłacalne dzisiaj, bardzo szybko mogą okazać się zbędne. Szpital musi być tak zaprojektowany, aby można go było bardzo łatwo adaptować do nowych potrzeb, poprzez przesunięcie ścianek działowych i inną aranżację wnętrza.

Dotyczy to zarówno fazy projektowania, jak i później realizacji. Ponieważ brakuje wyspecjalizowanych firm, to za budowanie szpitali bierze się każdy. A ponieważ nie wszyscy potrafią, np. odpowiednio wykonać system rozprowadzenia gazów medycznych, to jest to olbrzymie ryzyko dla inwestora.

Zrób sobie sam

Właściciele EuroMediCare po doświadczeniach z budową pierwszego szpitala postanowili powołać własny zespół projektowy, który przygotowuje model szpitala idealnego – funkcjonalnego, ekonomicznego, ale jednocześnie przyjaznego i bezpiecznego dla pacjentów i personelu.

Uwzględniamy w tym modelu tylko takie rozwiązania, które są konieczne ze względu na funkcję obiektu, a nie ze względu na pozbawione sensu przepisy. Liczymy na to, że skoro tak można budować w Europie Zachodniej, to prędzej czy później i w Polsce będzie to możliwe – wyjaśnia Agata Zamasz.

Idealny szpital ma założoną niezbędną kubaturę, której nie wolno przekroczyć. Rozmieszczenie poszczególnych pomieszczeń, ich wielkość i wyposażenie, sposób ich wzajemnego powiązania, to rzecz do ustalenia, m.in. w oparciu o ankiety przeprowadzane stale wśród pracowników i pacjentów. Później przyjdzie czas na określenie, jakich rodzajów materiałów i sprzętu należy używać w trakcie budowy i wyposażania placówki, a na koniec opracowanie standardów estetycznych – łącznie z najbardziej odpowiednim kolorem ścian, doбором mebli itp. To będzie kilka księzek, które dokładnie opiszą wszystko, co jest związane z budową i funkcjonowaniem szpitala. Model oczywiście będzie teoretyczny, ale dający się łatwo adaptować w każdych warunkach. I na tej podstawie będziemy budować kolejne nasze szpitale – zapowiada Piotr Gerber. ■