

# szpitalne

# BUBBLE



Rozmowa z inż. Arturem Słabiakiem,  
architektem projektującym szpitale

– W ciągu ostatnich 20 lat pracy brał pan udział w projektowaniu ok. 40 szpitali w różnych krajach Europy. Czy w Polsce projektuje się szpitale w podobny sposób, jak na Zachodzie?

– Niestety, zupełnie inaczej. Projektantów w Polsce ogranicza w bardzo dużym stopniu rozporządzenie ministra zdrowia z 1992 roku w sprawie wymogów infrastrukturalnych zakładów opieki zdrowotnej. Jest to zarządzenie opracowane przez fachowców z minionej epoki, obecnie anachroniczne. Zawarte są w nim niezwykle szczegółowe zapisy rozwiązań, paraliżujące jakąkolwiek inicjatywę projektanta. Według tego zarządzenia, np. korytarz szpitalny musi mieć 2,40 m szerokości. Kiedy narysowałem węższy, sanepid zakwestionował projekt. Tymczasem na Zachodzie rysowałem korytarze 2,25 m, 2,20 m, a ostatnio – kiedy ktoś wpadł na pomysł, że można drzwi cofnąć do wnętrza pokoju, tworząc lokalne poszerzenia – nawet 1,50 m.

– Czy w krajach, w których pan pracował (Francja, Luksemburg), nie wymaga się przestrzegania norm?

– Naturalnie wymaga się, z tym tylko, że dotyczą one przede wszystkim ogólnych wymagań w zakresie higieny i bezpieczeństwa, nie zajmując się szczegółami rozwiązań funkcjonalnych. Szerokość korytarza określona jest po prostu wymogami bezpieczeństwa, możliwością ewakuacji budynku, a nie narzucana arbitralnie. Wszystkie rozwiązania są sprawdzane z punktu widzenia funkcjonowania i w końcu, z korektami, przyjmowane do realizacji. Dzięki temu dokonuje się postęp. U nas, gdy poproszono mnie o zaopiniowanie projektu budynku szpitalnego wybudowanego zgodnie z wszelkimi normami, to obliczyłem, że można by zawrzeć wszystkie jego funkcje w budynku o kondygnację mniejszym, a więc o jakies 5 tys. m kw., co dla inwestora daje oszczędność rzędu 20 mln zł.

– Co stoi na przeszkodzie, żeby się stosować do norm, a jednocześnie robić swoje?

– Wytycznych jest tak dużo, że uniemożliwiają racjonalne projektowanie. Poproszono mnie o zastanowienie się

nad możliwością budowy – na wyznaczonej, ograniczonej powierzchni – olbrzymiego bloku operacyjnego w Warszawie, kolosa mającego 24 sale operacyjne. Warunkiem mojego rozwiązania było uzyskanie odstępstwa w 7. z 9. paragrafów, ww. rozporządzenia, które definiują, jak powinno się budować blok operacyjny, których to rozwiązań nie stosuje się w Europie od lat. Gdybym go zrobił zgodnie z obowiązującymi (jeszcze niestety) wymaganiami, potrzebowałbym dwa **razy większej powierzchni**.

– Czy ten blok powstał?

– Nie powstał, bo nikt się nie odważył na przyjęcie odpowiedzialności. Nieszczęsne rozporządzenie z 1992 roku nie tylko dotyczy spraw kluczowych dla projektanta, ale również szczegółowych. Na przykład, kiedy w szpitalu projektuje się oddział psychiatryczny, to musi on mieścić się w osobnym pawilonie. To jest absurdalne wymaganie! W psychiatrii współczesnej przyjmuje się, że zamiast wielkich izolowanych oddziałów powstają małe, kameralne oddziały psychiatryczne w szpitalach. To samo prawo wymaga, aby oddział dziecięcy mieścił się koniecznie na parterze lub pierwszym piętrze, bo na drugim już nie może. Każdy szpital musi też mieć centralną stację przygotowania łóżek, która wymaga dodatkowej olbrzymiej powierzchni. W dodatku, w czasie transportu z takiej stacji łóżko łapie ogromną liczbę dodatkowych zarazków. Na Zachodzie zrezygnowano z tego systemu już 20 lat temu, a łóżka są dezynfekowane w poszczególnych pokojach chorych przez wyspecjalizowane firmy (oczywiście podczas tych czynności nie ma chorych w pokoju).

– Olbrzymie marnotrawstwo powierzchni...

– ... łagodnie powiedziane... W projekcie szpitala na 200 łóżek, znalazłem projekt kuchni o powierzchni 1 500 metrów kw.!!!!, która mogłaby wyżywić całe miasto. Laboratoria w tym projekcie zajmują ok. 1 000 metrów kw., a więc są obszerniejsze niż w szpitalach 4–5 razy większych, a rozwiązanie dwóch sal RTG zajęło powierzchnię 700 m kw.!

### – Jaki jest mechanizm podejmowania takich decyzji?

– Nikt tak naprawdę o tym nie wie. Kiedyś moja pracownica dostała zaproszenie do złożenia oferty na modernizację szpitala, który miał mieć 850 łóżek (budynek stoi w stanie surowym). Po co w niewielkiej miejscowości tak wielki szpital? Kiedy zwróciłem uwagę dyrektorowi, zgodził się ze mną, że wystarczyłoby tam szpital 500-łóżkowy. Potem zadzwoniłem do marszałka województwa i ten szybko też zgodził się ze mną, żeby szpital miał o 300 łóżek mniej. Tym sposobem, licząc po 100 m kw. na łóżko można było zaoszczędzić 30 tys. m kw., każdy po 4 tys. zł za 1 m kw., a więc 120 mln zł.

### – W tej dziedzinie panuje wolnoamerykanka.

– To jest anarchia. Potrzeby medyczne regionu powinny zostać obliczone znacznie wcześniej, przez kompetentne jednostki. Nie można zostawiać architektowi decyzji, której rozstrzygnięcie kosztuje miliony! Skąd mam wiedzieć, jakie są potrzeby regionu i na co stać inwestora?!

### – Jak to odbywa się w innych krajach?

– We Francji budowa i modernizacja szpitali jest pod ścisłym nadzorem ministerstwa zdrowia. Zajmuje się tym 20–30 ekip programistów, którzy śledzą aktualną literaturę fachową, wiedzą o wszystkich obiektach, które aktualnie są w realizacji. **Najpierw szczegółowo ustala się potrzeby i budżet inwestycji.** Zamawiający ogłaszając przetarg określa, że dysponuje, np. 400 mln franków i chce za tę sumę 700 łóżek. Każda inwestycja jest poprzedzona szczegółowym przygotowaniem. Opracowywany jest tzw. *cahier de charge* – zeszyt obowiązków, w którym określa się, że np. posadzki, tynki czy warunki akustyczne powinny odpowiadać takim a nie innym warunkom itp. Na 200 stronach opisane są wszystkie elementy i jak któryś zostanie zawyżony, to od razu widać, że wali się budżet. U nas natomiast nawet na etapie przetargu nikt nie pyta składającego ofertę, ile będzie kosztować budowa. Być może ta *narzucona rozrzutność* jest również jedną z przyczyn rosnącego zadłużania naszych szpitali. Jeśli w związku z wadliwym projektowaniem szpitale te mają o wiele za dużą kubaturę, którą np. trzeba ogrzewać i sprzątać, jeśli trzeba dla za dużej powierzchni zatrudniać o 30 proc. więcej personelu, to odbija się to w przyszłości na jego wynikach finansowych.

### – Kto u nas najczęściej decyduje o budowie szpitala?

– Z moich doświadczeń wynika, że inicjatorami budowy *szpitalnych bubli* są najczęściej ludzie sprawujący władzę, a przede wszystkim posłowie różnych opcji politycznych, którzy chcą w ten sposób przysłużyć się lokalnej społeczności. Z pytaniami o to, jaki to ma być szpital, zwracają się zwykle do lokalnego środowiska lekarskiego. Lekarze miejscowi są pewnie dobrymi specjalistami w swoich dziedzinach, ale zwykle nie mają pojęcia o zagadnieniach określania potrzeb czy programowania budowy. To jest osobny dział wiedzy. Rezultatem *wspólnych inicjatyw* są takie inwestycje, jak 2 razy za duży szpital w Łęcznej ponad 20 km od Lublina czy szpital-kolos w Grudziądzu. Grudziądz ma zdecydowany nadmiar łó-



Centrum Kliniczno-Dydaktyczne w Łodzi (fot. górna)  
Nowy szpital w Grudziądzu (fot. dolna)

żek, a pobliski Toruń cierpi na ich brak. Takich przykładów w Polsce mamy mnóstwo.

### – Jak się tego ustrzec?

– Ministerstwo powinno mieć specjalistyczne służby, **które monitorują proces określania potrzeb**, a następnie budowy i modernizacji inwestycji szpitalnych w kraju. We Francji, która ma ten proces najlepiej zorganizowany w Europie działają regionalne agencje szpitalnictwa, które pilnują planu sieci szpitali w regionie, tzn. decydują gdzie trzeba wybudować nowy szpital, który zlikwidować, a które szpitale należy połączyć. Każdy kraj na Zachodzie, poczynając od małej Danii czy Holandii, ma rozbudowane systemy instytucji państwowych i prywatnych firm konsultingowych zajmujących się szpitalnictwem. Tak więc władza ma do kogo się zwrócić o radę w wypadku inicjatywy budowy placówki medycznej. W Polsce obecnie nie mamy ani jednej takiej instytucji, a więc prawie za każdym razem decyzja o modernizacji lub budowie szpitala opiera się na totalnej improwizacji.





Centrum Szpitalne i Uniwersyteckie w Nantes, proj. Samir FARAH Architecte - DPLG (fot. lewa)  
Szpital wojskowy de Percy – Paris – Clamart, proj. Samir FARAH Architecte - DPLG (fot. prawa)  
Współpraca projektancka inż. Artur Słabiak

### – Jaka jest rola architekta? Czy w Polsce za projektowanie szpitali biorą się najlepsi?

– **Niestety, obowiązująca ustawa o zamówieniach publicznych wymusza negatywną selekcję projektantów.** Jeśli zamawiający tak naprawdę nawet nie wie, jak duży chce mieć szpital i daje ogłoszenie do prasy, że ogłasza przetarg na projekt, to zaprasza do gry w ciuciubabkę. Wiadomo, że w 90 procentach przypadków głównym kryterium wyboru projektu nie jest jego jakość, a jedynie wysokość honorariów. Kiedyś zaproponowano mi przejrzenie projektów nowego szpitala w budowie – inwestycji za ok. 150 mln zł. Wykazałem wiele błędów w projekcie, na tyle przekonująco, że starosta i zarząd powiatu postanowili odejść od dotychczasowego projektu i ogłosić nowy przetarg. I znowu wybrano projekt, kierując się kryterium najniższych honorariów, który poziomem rozwiązań nie odbiegał od realizowanych i zakwestionowanych rozwiązań. Nikt nie porównywał profesjonalnie tych projektów, bo w komisji przetargowej nie było nikogo, kto miałby w tej dziedzinie odpowiednie doświadczenia. Postanowiono oszczędzić na projekcie 1 mln zł i realizować obiekt za 150 mln zł, który natychmiast po wybudowaniu będzie miał wiele złych i rozrzutnych rozwiązań!!! Kuchnia 1 500 m kw., laboratoria 1 000 m kw. czy *maleńkie* RTG na 700 m kw. jakoś nikomu nadal nie przeszkadzały!

### – Jak to wygląda np. we Francji?

– Nikt tam nie patrzy na wysokość honorarium projektanta – jest ono z góry ustalone. Gdy ogłasza się konkurs, to inwestor szczegółowo określa czego po projekcie oczekuje. I nakłada ścisły reżim finansowy – rozwiązanie projektowe

może wahać się jedynie plus minus 3 procent w stosunku do założeń. Opracowany jest **szczegółowy program merytoryczny jednostki**, techniczny, i przede wszystkim budżet. Często zdarza się, że architekt po wstępnym rozpoznaniu rezygnuje z udziału w konkursie pisząc, że nie jest w stanie zmieścić się w przyznanym budżecie. A jeżeli zabiera się za inwestycję, to bierze na siebie całą odpowiedzialność, dlatego nie zdarza się tam, aby w ogóle rozpatrywano projekty znacznie odbiegające od założonego budżetu.

### – Ile osób projektuje szpital?

– Przy szpitalu na 500 łóżek miałbym do dyspozycji 8–10 osób przez ok. 1,5 roku. W Polsce zabierają się za to 2–3 osoby, a czasami nawet jedna. Wysyła się do komisji przetargowej makulaturę, którą jej członkowie często oglądają do góry nogami, bo wielu z nich widzi coś takiego po raz pierwszy i pewnie ostatni w życiu i oceniają, że wszystko się im podoba... *Tylko czemu za ten projekt mamy zapłacić 1,5 mln zł, skoro tamten projektant chce 900 tys. zł? Bierzemy ten tańszy, bo to właściwie to samo.* Tak to się odbywa... U nas w Polsce cały system związany z inwestycjami szpitalnymi jest chory. Dzięki niemu właśnie powstają niezwykle kosztowne i archaiczne obiekty szpitalne.

Rozmawiał Janusz Michalak