

Dostosowanie OIOM-ów do norm europejskich

Zdażyć przed Euro 2012



foto: Marcin Stepien/Agencja Gazeta

W grudniu 2012 r. mija termin dostosowania polskich szpitali do europejskich standardów technicznych i sanitarnych. Wymóg ten dotyczy również oddziałów intensywnej terapii, czyli OIOM-ów. W większości placówek oddziały te mają za mało łóżek i za mały metraż.

pomieszczeń przeznaczonych na OIOM-y. Na łóżko musi przypadać 16 m² powierzchni, a w wypadku gdy jest to oddział jednołóżkowy, metraż musi być zwiększony do 18 m².

Boom na OIOM-y

Wymogi są bardzo ściśle określone i niezwykle restrykcyjne. Jednym z nich jest odpowiednia liczba łóżek intensywnej terapii w danym szpitalu. Z przepisów wynika, że muszą one stanowić od 2 do 7 proc. wszystkich łóżek. Zgodnie z tym zapisem, nawet małe szpitale, mające 30–50 łóżek, aby móc zagwarantować pacjentowi bezpieczeństwo, powinny mieć jedno łóżko intensywnej terapii z odpowiednim zapleczem technologicznym. Podobnie rzecz ma się z wielkością

Okres dostosowawczy się kończy. Wiedzą o tym menedżerowie i robią wszystko, aby zdażyć. Pełną mobilizację rynku szpitalnego potwierdzają również firmy projektowo-budowlane zajmujące się sektorem medycznym. – *OIOM jest w grupie działów szpitalnych o największym znaczeniu. Należy do nich blok operacyjny, oddziały ratunkowe i oczywiście OIOM – twierdzi architekt Michał Grzymała-Kazłowski z pracowni Archimed, projektującej obiekty służby zdrowia. – Problem*

tych oddziałów musi rozwiązać w trybie pilnym każdy duży ogólnoprofilowy szpital, stąd na brak zainteresowania nie możemy narzekać – dodaje. Wśród klientów firm projektowo-budowlanych obsługujących sektor służby zdrowia coraz częściej obok dużych szpitali pojawiają się też mniejsi klienci, zwłaszcza prywatni. – Ci ostatni zainteresowani są minioddziałami, 2–3-łóżkowymi, by zapewnić pacjentowi maksimum bezpieczeństwa – tłumaczy



czy M. Grzymała-Kazłowski. Dlatego coraz więcej placówek bardzo intensywnie się modernizuje (z unowocześnianiem oddziałów intensywnej terapii na czele). Modernizację i rozbudowę prowadzą m.in. szpitale w Ostrowcu Świętokrzyskim, Zgorzelcu, Nisku, Wejherowie, Gnieźnie, Elblągu czy Warszawie. – Szpital św. Zofii w Warszawie, mimo że jest placówką akredytowaną, nie ma jeszcze oddziału intensywnej terapii, tylko wydzielony odcinek intensywnego nadzoru w bloku operacyjnym – tłumaczy Hanna Mikołajczyk, asystentka zarządu tej placówki. – OIOM zacznie działać w naszym szpitalu w roku 2012, po zakończeniu rozbudowy – dodaje. Podobnie jest w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu. Zdaniem dyrektora naczelnej Elżbiety Gelert oddział intensywnej terapii nie spełnia

wymogów unijnych. – Oddział jest dość dobrze wyposażony w sprzęt, ma odpowiednią kadre, ale jego infrastruktura pozostawia wiele do życzenia – mówi dyrektor Gelert.

Na szczęście, szpital realizuje duży projekt inwestycyjny. Powstaje nowy blok operacyjny oraz duży OIOM, w pełni dostosowany do potrzeb rynku euro-

Sprostać oczekiwaniom

Standardy ministerialne nakładają na szpitale wiele wymogów sanitarnych. Od ich spełnienia zależy bezpieczeństwo pacjenta. Wyszczególnione są np. elementy, które muszą się znaleźć przy każdym łóżku. Należą do nich m.in. respirator, pompy infuzyjne, kardiogram. Każde łóżko musi mieć także dostęp do aparatury znieczulającej oraz tzw. gazów medycznych, próżni, awaryjnego zasilania. Dodatkowo musi być wyposażone w materace przeciwoleżynowe. Oprócz standardów unijnych menedżerowie szpitali, chcąc ubiegać się o kontrakty z NFZ, muszą sprostać także ich wymogom. Te ostatnie dotyczą sprzętu, w jaki musi być wyposażony OIOM. I tak, zgodnie z wymogami NFZ każde stanowisko intensywnego nadzoru musi mieć sprzęt niezbędny do monitorowania EKG, stałego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną, intubacji, przedłużonej sztucznej wentylacji płuc z użyciem respiratora. Musi też umożliwiać regulację stężenia tlenu w respiratorze w zakresie 21–100 proc., terapię za pomocą pomp infuzyjnych, worków ciśnieniowych, filtrów, strzykawk automatycznych, toaletę dróg oddechowych, monitorowanie temperatury ciała, pulsoksymetrię, kapnografię, wykonanie stymulacji zewnętrznej pracy serca. To tylko część wymogów, które nakłada na kontrahentów NFZ. O wiele bardziej restrykcyjne są te dotyczące oddziałów II czy III stopnia referencyjności.

pejskiego. Ponieważ jest to budowa od podstaw, koszt przedsięwzięcia szacowany jest na przeszło 70 mln zł, z czego 60 proc. pochodzi z dotacji unijnych, 25 proc. z urzędu marszałkowskiego i 15 proc. z funduszy własnych szpitala na zasadzie długoterminowego kredytu. – Obiekt ma być gotowy na koniec 2012 r., byśmy mogli zmieścić się w ustawowym terminie – mówi Elżbieta Gelert.

– OIOM-y są kosztochłonne ze względu na swoją specyfikę. Wysokie są zarówno koszty budowlane, porównywalne z budową bloku operacyjnego, jak i wyposażenie. W sektorze budowlanym największe koszty pochłaniają instalacje – tłumaczy Grzymała-Kazłowski. – Szczególnie drogie są wentylacja i klimatyzacja, monitoring oraz tzw. gazy medyczne. Tego typu sprzęt jest nasycony technologią, a to mnoży wydatki – dodaje. Do tego

„ Mały szpital zwykle decyduje się na jedno lub dwa łóżka, ale zawsze z pełną infrastrukturą „



foto: Bartek, Sadowski/Fotorepka

„ Każde stanowisko intensywnego nadzoru musi mieć sprzęt do monitorowania EKG, pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną, intubacji i przedłużonej sztucznej wentylacji płuc z użyciem respiratora „

dochodzi niezwykle drogie wyposażenie, na którym nie sposób oszczędzić. Jedno stanowisko na OIOM-ie połączone z systemem informatycznym kosztuje 80 tys. zł. Za najważniejsze urządzenie na oddziale, jakim jest kardiomonitor będący bazą wszystkich urządzeń alarmujących, trzeba zapłacić od 20 do 150 tys. zł. Wiadomo, że te najdroższe są dla pacjenta najbezpieczniejsze, a personelowi medycznemu usprawniają pracę. Średni koszt łóżka na OIOM-ie to dla odmiany 30 tys. zł. Do tego dochodzi respirator w cenie minimum 100 tys. zł czy aparat do znieczu-

lenia za jedyne 200 tys. zł. – Biorąc pod uwagę wysokie koszty oraz bezpieczeństwo pacjentów, dobry menedżer stara się zrobić wszystko, by sprostać obu tym wymogom. Dlatego najczęściej wybiera bezpieczne optimum, nie minimum, ale nic na wyrost – mówi Grzymała-Kazłowski. – Jeżeli zgłasza się do nas mały szpital, to zwykle decyduje się na jedno lub dwa łóżka, ale zawsze z pełną infrastrukturą – dodaje.

Na czym można zaoszczędzić?

Wysokie koszty inwestycji w OIOM-y sprawiają, że dyrektorzy szpitali odkładali unowocześnianie tych oddziałów na ostatni moment. Zwłaszcza że bardzo zaostrzonych wymogów ministerialnych nie sposób obejść. Mało który z nich zdaje sobie sprawę, że koszty można optymalizować, zwłaszcza na etapie budowlanym. – Bardzo ważne jest skrócenie do minimum drogi i czasu dotarcia na ten oddział fachowego personelu medycznego. Dotyczy to zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek z intensywnego nadzoru. Stąd OIOM powinien być usytuowany tak, żeby lekarz mógł dotrzeć do pacjenta jak najszybciej ze swojego oddziału. Dlatego projektując OIOM, staramy się umiejscowić go w pobliżu oddziałów urologicznych, bloków operacyjnych, SOR-ów, oddziałów neurologicznych – tłumaczy Grzymała-Kazłowski. – Drugą ważną kwestią jest specjalistyczna instalacja, klimatyzacja, gazy medyczne. Wszystkie te elementy znajdują się na blokach operacyjnych. Z tego względu logicznie jest umiejscowić OIOM-y tuż przy blokach. Dzięki temu nie rozciąga się instalacji po szpitalu, co znacznie obniża nakłady – dodaje. Niezwykle ważne jest również stałe zachowanie łączności lekarza z pacjentem. Tu z pomocą przychodzą nowoczesne systemy przywoławcze, systemy centralnego monitorowania czy przenośne laptopy, dzięki którym lekarz ma stały dostęp do danych pacjenta.

Wydaje się, że szpitale, które nie zdążą z modernizacją kosztownych oddziałów, nie mają się czego obawiać. Pierwsze rozporządzenie dotyczące dostosowania wymogów sanitarnych pochodzi jeszcze z 1992 r. Od tej pory było wielokrotnie nowelizowane, a okresy przejściowe wydłużane. Zgodnie z ostatnim rozporządzeniem minister zdrowia z 15 lutego 2008 r., które dotyczyło zrównania w prawie wszystkich podmiotów w służbie zdrowia, okres przystosowawczy został po raz kolejny przesunięty i tym razem dla wszystkich placówek medycznych wyznaczony na 31 grudnia 2012 r. Zdaniem Andrzeja Troszyńskiego z NFZ nikt dzisiaj jednoznacznie nie powie, czy szpitale, które nie zmieszczą się w przewidywanym okresie, znikną z rynku. – Trudno jednoznacznie przesądzać o ich byciu albo nie być, gdyż to nie leży w interesie ani resortu zdrowia, ani NFZ – dodaje Troszyński. Z ustawy o ZOZ-ach wynika jednak, że takie placówki nie powinny mieć prawa bytu.

Patrycja Majer

kamsoft