

Artur Stabiak

W krajach UE szpitale budują profesjonaliści. W Polsce potrzebne są standardy

Zdefiniować standardy

Zaprojektowanie szpitala jest jednym z najbardziej skomplikowanych i najdroższych zadań, jakie mogą się trafić architektowi w jego praktyce zawodowej. Należy bowiem pamiętać, że szpital to 2–3 tys. pomieszczeń pozostających we wzajemnej, precyzyjnej relacji, a koszt jego ich budowy sięga 3–4 tys. zł za m².

Projektowanie szpitali stawia przed architektami wymagania najwyższej sprawności zawodowej, pozwalającej panować nad skomplikowaną strukturą funkcjonalno-przestrzenną, z zachowaniem maksimum dyscypliny w zakresie kosztów inwestycji i eksploatacji.

Świadomość anarchii

Zasadnicza trudność polega również na racjonalnym wyważeniu osiągniętych efektów do kosztów przedsięwzięcia, gdyż nie można założyć, że szpitale będziemy budować za wszelką cenę, co niestety, w Polsce zdarza się nagminnie.

Problem jest poważny, obciąża przeważnie budżet państwa. Służba zdrowia funkcjonuje bowiem głównie w oparciu o placówki państwowe. Jak zatem próbują sobie radzić z tym problemem różne kraje?

W krajach Europy Zachodniej w wyniku wieloletnich doświadczeń postawiono na staranne przygotowanie inwestycji, dobór jak najlepszych ekip projektujących, ciągły postęp wiedzy w tej dziedzinie i ścisłą kontrolę poszczególnych faz całego procesu budowy szpitala.

W Polsce, jako że nie ma sprecyzowanej polityki w dziedzinie ochrony zdrowia, cały proces programowanych inwestycji szpitalnych przebiega głównie w trybie intuicyjnej oceny potrzeb i stopnia ich zaspokojenia; poddawany jest presji różnych zabiegów politycznych i lokalnych ambicji. Dobór ekip projektujących był przypadkowy, gdyż obowiązywała zasada równego rozdziału projektów, nie bacząc na kompetencje. Obecnie, w dobie przetargów i kryterium najniższych honorariów, dobór ten jest wręcz negatyw-

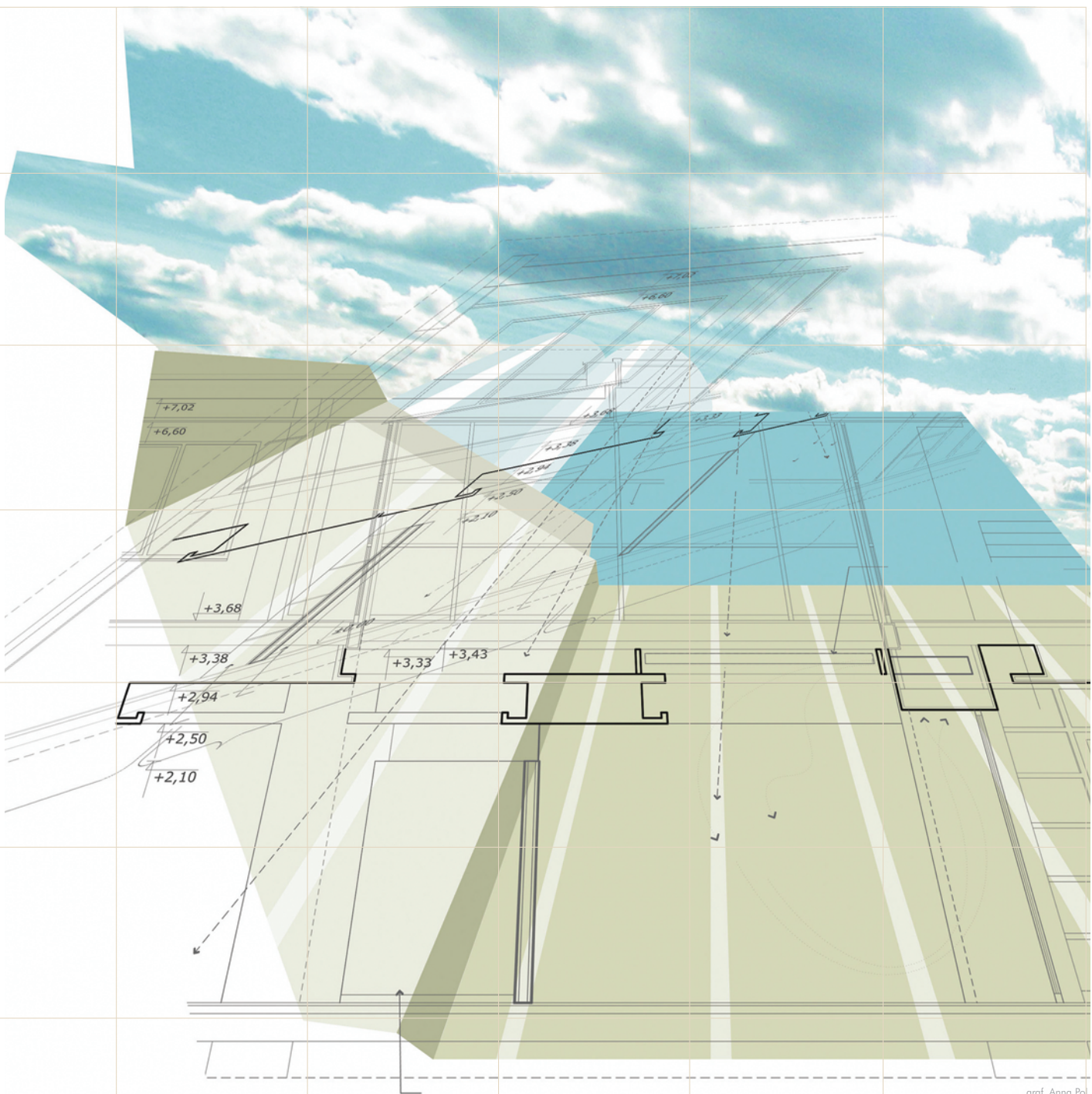
ny. Trudno spodziewać się, że ekipa, która zakłada minimum wysiłku, osiągnie w efekcie jakieś wybitne rezultaty. Świadomość takiej anarchii spowodowała prawdopodobnie wydanie przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej *Rozporządzenia w sprawie warunków, jakim winny odpowiadać obiekty służby zdrowia*, w którym sprecyzowano niektóre wielkości do programowania, wymagania funkcjonalne i parametry niektórych elementów szpitali, opracowanych na podstawie wiedzy z lat 70. i 80., i które to rozporządzenie w sposób arbitralny miało zapobiec przygotowaniu złych programów i błędnych projektów – klasyczne równanie w dół.

Program medyczny

Porównując, można stwierdzić, że w niektórych krajach Europy Zachodniej, gdzie nie ma żadnych ustalonych standardów, a postawiono na stały postęp i dyscyplinę budżetową, projekty szpitali osiągnęły nieporównywalnie wyższy poziom niż w Polsce, gdzie owo rozporządzenie bezdyskusyjnie wyznacza standardy, z tym tylko, że archaiczne, a wyznaczając je, blokuje wszelki rozwój myśli w tej dziedzinie na okres kilkunastu lat (cykl nowelizacji ustaw).

Jak w praktyce wygląda porównanie tych systemów w Polsce i krajach Unii Europejskiej? Takie porównanie należy rozpocząć od fazy przygotowania inwestycji, gdyż już na tym etapie zachodzą różnice, które rzutują potem na poziom osiągniętych rezultatów.

W każdym przypadku przygotowanie inwestycji szpitalnej zaczyna się od opracowania szeroko pojętego programu, na który składają się program medyczny i program użytkowy.



graf. Anna Pol

” W krajach UE, w wyniku wieloletnich doświadczeń postawiono na staranne przygotowanie inwestycji, dobór jak najlepszych ekip projektujących, ciągły postęp wiedzy i ścisłą kontrolę poszczególnych faz całego procesu budowy szpitala ”

Program medyczny powinien określać przewidywane zapotrzebowanie dla obszaru objętego zasięgiem obsługi szpitala na pełną gamę usług medycznych, wyrażonych liczbą łóżek i konsultacji czy zabiegów medycznych w poszczególnych specjal-

nościach, określać sposób i stopień ich zaspokojenia (polityka zdrowotna), jak również rozstrzygać, które z nich będą realizowane w programowanym obiekcie. Jak zatem przebiega proces przygotowania programu medycznego w znanych mi:

W krajach UE

Przed ok. 20 laty opracowano założenia ogólne polityki zdrowotnej w tych krajach, dalej szczegółowe programy obsługi medycznej dla poszczególnych regionów i wręcz poszczególnych szpitali. Równolegle opracowano również hierarchię realizacji poszczególnych zamierzeń do tego stopnia, że wybór tego czy innego szpitala do modernizacji czy budowy od nowa nie jest dziełem przypadku, a wyborem wynikającym z realizacji określonej uprzednio polityki.

Czyli przystępując do przygotowania programu medycznego dla któregoś ze szpitali, mamy gotowe i wyczerpujące założenia.

Następnie poddawane są one obróbce, polegającej na przystosowaniu do zmieniających się realiów i adaptacji do specyfiki konkretnego szpitala (dyskusja z dyrekcją i ordynatorami). Po tych zabiegach projekt programu medycznego osiąga ostateczny kształt i w tej formie trafia do odpowiednich organów administracji terytorialnej i Ministerstwa Zdrowia, które sprawdzają, w jakiej mierze spełnia on realizowane przez nie założenia polityki zdrowotnej, i ostatecznie go zatwierdzają.

W Polsce

Trzeba zacząć od stwierdzenia, że nie ma u nas żadnej określonej polityki zdrowotnej, która mogłaby być oficjalną bazą do wszelkich dalszych działań w tej dziedzinie, nie mówiąc o jakimś sformalizowanym trybie przygotowania czy zawartości programu medycznego.

Zręby programu powstają w wyniku *burzy mózgow* na poziomie dyrekcji i ordynatorów szpitala. Powstają one głównie na podstawie bieżących ocen obciążenia szpitala, ale nikt nie jest w stanie ocenić, jak w taki sposób określone potrzeby miałyby się do potrzeb wynikających z konkretnej polityki zdrowotnej, a w dodatku często propozycje są zabarwione pozycją i ambicjami poszczególnych uczestników oceny.

Tak przygotowany program medyczny trafia do odpowiedniego wydziału zdrowia, który również nie wiadomo czym się kieruje, korygując go i przedstawiając do zatwierdzenia marszałkowi województwa lub staroście. Na tym poziomie weryfikacji i zatwierdzenia bardzo często decydującą rolę odgrywają relacje lub ambicje polityczne.

Stąd można wysnuć właściwie jeden zasadniczy wniosek, że pieniądze podatników wydawane są w sposób daleki od prawdziwych potrzeb.

A jakie są skutki tak różnych systemów prac nad programami medycznymi?

W krajach UE

Stopniowe i żmudne zbliżanie się do realizacji założeń przyjętej swego czasu polityki zdrowotnej, polegające na budowie nowych szpitali, na modernizacji innych, na odpowiednich przegrupowaniach specjalizacji w istniejących szpitalach, a wszystko po to, aby zaspokajać potrzeby tam, gdzie one rzeczywiście występują, i wg ustalonej hierarchii.

Wszelkie próby krytyki tych programów są bezprzedmiotowe, gdyż natychmiast pojawiają się rozbudowane analizy, wyliczenia i uzasadnienia, argumentujące zasadność przyjętych w programie medycznym wielkości i stopnia zaspokojenia potrzeb na tle polityki zdrowotnej.

W Polsce

○ oceny trudno z powodu braku materiałów. Potwierdzeniem braku ocen są przedstawione sytuacje:

- modernizacja szpitala powiatowego kosztem ok. 20 mln zł, który ze względu na położenie powinien ulec likwidacji;
- program szpitala na 800 łóżek w niewielkiej miejscowości, zgłoszony do przetargu na dokumentację modernizacji.

Już na pierwszy rzut oka, znając rozmieszczenie i wielkość najbliższych szpitali, widać było, że obiekt będzie dużo za duży. Jednym telefonem skorygowałem jego wielkość do 450 łóżek, nie napotykając żadnej argumentacji w obronie wielkości wyjściowej. Różnica w koszcie wyniosła ok. 20–30 mln zł;

- propozycja budowy bloku operacyjnego na 24 sale dla jednego z warszawskich szpitali kosztem ok. 180 mln zł (równowartość kompletnego szpitala na ok. 350 łóżek) – nigdy nie projektowałem bloku równie dużego, popełniono jakiś kolosalny błąd w ocenie.

Program użytkowy

Kolejnym etapem przygotowania inwestycji jest opracowanie programu użytkowego (powierzchnie, spisy pomieszczeń z powierzchniami i sposób funkcjonowania), zapewniającego prawidłową realizację świadczeń ujętych w programie medycznym.

Przystępując do tej części, musimy wiedzieć, że możemy mieć do czynienia ze znaczną rozpiętością powierzchni (kosztu) koniecznej do realizacji tego samego programu medycznego. Zależć to będzie od całej gamy czynników, jak:

- jaki zestaw usług przyszły szpital będzie mógł zamawiać na zewnątrz (np. usługi pralnicze, sterylizacja, przygotowanie posiłków, analizy laboratoryjne itp.);
- precyzyjne określenie specyfiki poszczególnych specjalności szpitala, gdyż zdarzają się nawet niewielkie szpitale wykonujące niesłychanie

skomplikowane zabiegi. W takim przypadku trzeba programować oddział w sposób zapewniający możliwość wykonywania tego typu zabiegów;

- wielkość budżetu przeznaczonego na realizację konkretnego zadania. Z niego może bowiem wynikać możliwość realizacji określonego programu medycznego w standardzie podstawowym, podwyższonym i wysokim. Wówczas program użytkowy będzie różny, zależny od wielkości budżetu;
- możliwość zapewnienia dostaw i odbioru wszystkich koniecznych mediów (zasilanie w ciepło z sieci miejskiej lub własnej kotłowni).

W przypadku kompletnego szpitala wskaźnikowa powierzchnia netto na 1 łóżko może wahać się od 60–80 m² do 120–140 m², co sprawia, że koszt może być nawet 2-krotnie wyższy od minimalnego.

Jak zatem przebiega przygotowanie programu użytkowego w krajach UE i w Polsce?

W krajach UE

W wyniku bardzo starannej selekcji następuje wybór ekipy programistów, którym zleca się przygotowanie programu użytkowego. Jest to wąska grupa specjalistów, koncentrująca się wyłącznie na programowaniu inwestycji, prowadząca analizy programów wielu zrealizowanych obiektów, badająca skutki wielu tak czy inaczej opracowanych programów, wreszcie uaktualniająca w sposób ciągły swoją wiedzę w zakresie nowych norm czy przepisów, stawiających coraz to nowe wymagania. Taka ekipa musi mieć bieżącą wiedzę na temat zmieniającej się technologii funkcjonowania szpitala i poszczególnych jego elementów, gdyż jednym z zadań programu użytkowego jest precyzyjne określenie związków funkcjonalnych, jakie powinny być spełnione na wszystkich szczeblach organizacji szpitala, a więc pomiędzy poszczególnymi pomieszczeniami, częściami oddziałów, oddziałami, oraz przypisanie ich do grup funkcji, np. część diagnostyczno-zabiegowa, hotelowa (łóżkowa), logistyczna itp.

Wreszcie na etapie programu użytkowego musi nastąpić określenie zasadniczych standardów wykończenia i wyposażenia obiektu. Zmierza to do stworzenia precyzyjnej podstawy do określenia kosztu przedsięwzięcia. Na tym etapie następuje wiele korekt powierzchni, listy pomieszczeń, standardów wykończenia zmierzających do ostatecznej redakcji programu użytkowego, który wpisuje się racjonalnie w założony uprzednio budżet. Nie do pomyślenia jest bowiem przygotowanie programu użytkowego, który nie mieści się w budżecie, a tolerancja ustalona w tym przypadku waha się ± 5 proc.

W Polsce

W Polsce istnieje tradycja, utrwalona i przeniesiona do dzisiejszej rzeczywistości różnymi ustawami i rozporządzeniami, opracowywania wstępnej fazy dokumentacji – koncepcji programowo-przestrzennej, i to już na etapie przetargu, którego celem jest wyłonienie zespołu mogącego w przyszłości projektować dany szpital.

Jakie są szanse powstania w tych warunkach racjonalnego programu użytkowego?

Odpowiem od razu – żadne, gdyż:

- wykonawcą programu jest w tej sytuacji architekt. Nawet jeśli wśród nas są tacy, którzy sądzą, że posiadli odpowiedni zasób wiedzy z dziedziny programowania, technologii i projektowania szpitali, są w błędzie, gdyż są to dziedziny tak obszerne i wymagające codziennego projektowania, że nie sposób jest osiągnąć we wszystkich trzech odpowiedni poziom, co znajduje potwierdzenie w prezentowanych pracach. Nawet jeśli okaże się, że któryś z architektów jest wybitnym programistą, to z racji obowiązujących reguł przeprowadzania przetargu jest ustawowo odcięty od wszelkich informacji niezbędnych do przygotowania rozsądnego programu użytkowego, jak:
 - a) wysokość budżetu – tajemnica przetargowa,
 - b) brak podstawowych nawet ustaleń w zakresie polityki zdrowotnej, które częstokroć przesądzą o takim czy innym traktowaniu szpitala jako całości i jego poszczególnych części;
- ustawowy brak jakiegokolwiek kontaktu, dyskusji z władzami szpitala i ordynatorami, który rzuciłby światło na konieczność takiego lub innego traktowania poszczególnych elementów przyszłego szpitala – zasada anonimowości;
- brak podstawowych informacji na temat specyfiki niektórych elementów szpitala lub wręcz niektórych typów terapii stosowanych w tym zespole szpitalnym.

Wobec argumentów przedstawionych w prawej części ramki (dotyczącej Polski) trzeba zadać pytanie: czym może się kierować architekt, który podejmuje się przygotowania programu użytkowego?

W warunkach silnej, anonimowej konkurencji stara się on przekonać komisję przetargową do komplementarności swej wiedzy, umieszczając w programie nadkompletne i przewymiarowane elementy szpitala, jak również takie, których często mogłoby po prostu nie być – im większe i kompletniejsze – tym lepsze. Nikt nie ogranicza końcowego budżetu, gdyż w ogóle nie ma takiego kryterium oceny, i w konsekwencji powstają przewymiarowane kuchnie, pokoje, sterylizatornie czy stacje dezynfekcji łóżek, jakieś irracjonalne specjalistyczne oddziały i jednocześnie, przy tych

wszystkich przerostach, pokoje 4- i 6-łóżkowe, bez indywidualnych łazienek.

Tak przygotowany program, wybrany przez komisję przetargową na podstawie kryterium najniższych honorariów, staje się formalną podstawą dalszych działań zmierzających do realizacji szpitala.

Na uwagę zasługuje również okoliczność zaniechania jakiegokolwiek weryfikacji, gdyż w składzie komisji przetargowej nie ma nikogo o odpowiednich kompetencjach, a zaproszenie specjalistów byłoby nierozsądną rozrzutnością i zaprzeczeniem idei przetargu, która polega na bezwzględnym ograniczeniu wydatków, co w tym konkretnym przypadku (przetarg na dokumentację szpitala) musi przynieść na pewno wielomilionowe straty.

Wybór ekipy

Po wykonaniu i zatwierdzeniu programu użytkowego zwykle przystępuje się do wyboru ekipy,

która będzie wykonywać komplet projektów będących podstawą do realizacji.

W krajach UE

Wyboru dokonuje się w trybie konkursu.

W skład jury konkursowego wchodzi: wysoki przedstawiciel lokalnych władz (organu założycielskiego), dyrekcja szpitala, ordynatorzy, reprezentacja związków zawodowych oraz specjaliści z dziedziny projektowania szpitali. Jury powołuje komisję techniczną składającą się ze specjalistów – inżynierów reprezentujących najważniejsze specjalności niezbędne w późniejszym projektowaniu.

Do kompetencji jury należy:

- ostateczne zatwierdzenie programu i budżetu inwestycyjnego;
- selekcja i wybór członków komisji technicznej;
- selekcja 3–5 ekip zakwalifikowanych do konkursu z przeszło 50 zgłoszeń;
- zatwierdzenie warunków (specyfikacji) do konkursu;
- wybór najlepszego projektu;
- po rozpoczęciu regularnych prac projektowych, weryfikacja i zatwierdzenie koncepcji pokonkursowej.

Do obowiązków komisji technicznej należy:

- sprawdzanie zgodności złożonych projektów z programem użytkowym;
- sprawdzenie stopnia spełnienia wszystkich powiązań i parametrów funkcjonalnych zawartych w programie;
- sprawdzenie rzetelności oceny budżetów zadeklarowanych przez poszczególne ekipy, wynikających z konkretnych rozwiązań przestrzennych i technicznych;

W Polsce

Wybór ekipy projektującej następuje w trybie rozstrzygnięcia przetargu na podstawie złożonej koncepcji programowo-przestrzennej.

Do przetargu dopuszcza się wszystkie ekipy spełniające wymogi formalnoprawne umieszczone w specyfikacji. Odpowiednikiem jury konkursowego jest komisja przetargowa w składzie podobnym jak jury, ale bez specjalistów z tej dziedziny, a jedynym odpowiednikiem komisji technicznej jest szef komórki technicznej szpitala, a jeśli takiej nie ma, szef konserwatorów.

Zadaniem powyższych wyjaśnień jest uświadomienie czytelnikom, że na etapie wyboru ekipy projektującej w składzie komisji przetargowej nie ma nikogo, kto byłby w stanie dokonać oceny merytorycznej programów i koncepcji. Czyli wybór ma charakter czysto intuicyjny i to w gronie osób nieposiadających żadnego przygotowania zawodowego w tej dziedzinie. Ewentualny udział ekspertów w pracach komisji traktowany jest jako przejaw rozrzutności.

Ekipy biorące udział w przetargu wykonują cały zakres prac gratis, a czas przeznaczony na przygotowanie koncepcji w zasadzie nie przekracza 6 tyg., a często to tylko 2 lub 3 tyg.

Wśród kryteriów wyboru oferty w 90 proc. przypadków nie ma kryteriów merytorycznej oceny projektów. Zdecydowanie dominuje wysokość honorariów (zwykle 90 proc.) i termin wykonania (10 proc.).

- sprawdzenie poprawności wszystkich rozwiązań technicznych w zakresie uzbrojenia i instalacji wewnętrznych;
- sprawdzenie spełnienia wszystkich wymogów ppoż., sanitarnych i bhp;
- po weryfikacji wszystkich złożonych projektów opracowanie raportu końcowego.

Prace komisji trwają około miesiąca. Następnie zbiera się jury, które po zapoznaniu się z raportem komisji w tajnym głosowaniu wybiera projekt do realizacji.

Jest jeszcze kilka szczegółów w organizacji konkursu, które również w zasadniczy sposób wpływają na poziom prac:

- przy doborze ekip projektujących obowiązuje swego rodzaju klucz, na podstawie którego wybiera się ekipy reprezentujące najwyższy poziom zawody. Ich obecność ma zmusić pozostałych konkurentów do rozwiązań na najwyższym poziomie. Oprócz tego wybiera się 2 renomowane ekipy w dziedzinie projektowania szpitali, których udział, w razie niepowodzenia pozostałych konkurentów, ma zapewnić przynajmniej 2 projekty na poziomie przyzwoitych rozwiązań problemów szpitala;
- na przygotowanie projektu konkursowego szpitala przeznaczona jest, w zależności od wielkości szpitala, 3–6 mies.;
- aby zachęcić do udziału w konkursie najwybitniejszych, ustanowiono tzw. zwrot kosztów udziału, który wynosi 300–700 tys. euro.

Jakie zatem są skutki przeprowadzenia selekcji ekip w tych warunkach?

- krótki termin wyklucza możliwość rzetelnego wykonania odpowiednio przemyślanego projektu;
- fakt wykonania pracy gratis powoduje *a priori* radykalne ograniczenie wielkości zespołu i zakresu prac;
- brak jakiegokolwiek oceny merytorycznej zwalnia konkurujących z dbałości o jakość rozwiązań;
- wybór ekip nastawionych z konieczności na bardzo powierzchowne opracowanie projektów, ograniczenie ich zakresów do minimum oraz wykonanie *od pierwszego pociągnięcia*, gdy nie ma ani czasu, ani warunków na prowadzenie pogłębionych i wariantowych poszukiwań.

Oceniając ten tryb przeprowadzania selekcji, trzeba go określić jako wyraźnie negatywny, gdyż nie przewidziano żadnej okoliczności, która miałaby sprzyjać odwróceniu tendencji. Naturalnie jakość realizowanych potem projektów pozostaje w prostej proporcji do efektów selekcji, co znajduje wyraz w irracjonalnym wyważeniu programów, niesprawnych układach funkcjonalnych i przestrzennych, kolosalnych budżetach i kosztach eksploatacji, jak również wywołuje przerosty zatrudnienia w przyszłych szpitalach, przekraczające często 2-krotnie stany zatrudnienia w krajach Unii Europejskiej.

Jeśli spróbujemy zdefiniować tzw. standardy europejskie w tej dziedzinie, to na pewno opisany tryb przygotowania inwestycji jest jednym z tych, które zmierzają do jak najbardziej racjonalnego wyważenia kosztów przyszłej inwestycji w stosunku do osiągniętych efektów. Nawet jeśli wdrożenie tego trybu wymaga pewnych nakładów (ok. 1 proc. nakładów na budowę szpitala), to wszyscy mają świadomość, że taki wydatek będzie procentował w przyszłości wielomilionowymi oszczędnościami.

Tymczasem w Polsce ustalono tryb postępowania, który na etapie przygotowania przynosi pewne oszczędności (powiedzmy ów 1 proc.), ale z góry wiadomo, że w przyszłości wywoła straty 20–30-krotnie wyższe. Oznacza to, że w Polsce dotąd nie rozumiano, że aby zracjonalizować przyszłe wydatki inwestycyjne i eksploatacyjne, należy na wstępie zainwestować w przygotowanie inwestycji, i że każda złotówka wydana na wstępie zwróci się potem wielokrotnie.

Niewygodne status quo

Ostatnim etapem przygotowania inwestycji jest opracowanie projektów. W krajach Unii, zgodnie z filozofią stosowaną w poprzednich fazach, przewidziana jest na projektowanie 2–4 lata i, w zależności od wielkości zadania, na honoraria ok. 13 proc. kosztu inwestycji. W Polsce czas projektowania wynosi od kilku miesięcy do roku, a wysokość honorariów, będąca kryterium wyboru w przetargu,

ostatnio nie przekracza 3 proc. (zdarza się, że wygrywają oferty proponujące 1,5 proc.). Naturalnie, musi to znaleźć odzwierciedlenie w jakości i kompletności projektów i rzeczywiście, z punktu widzenia wszystkich możliwych kryteriów, projekty są nieporównywalne, co naturalnie jest źródłem kolejnych poważnych strat.

A co z owymi, oczekiwanymi przez wszystkich zainteresowanymi standardami europejskimi w tej dziedzinie, które powinny spłynąć na nas z dobro-

dziejstwem przyjęcia do Unii Europejskiej i, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, uzdrowić dolegliwości, na które wszyscy narzekamy? Mam tu na myśli przede wszystkim skutki funkcjonowania Rozporządzenia MZiOS w sprawie warunków, jakimi winny odpowiadać szpitale, a w szczególności całego szeregu zawartych tam wymagań, dotyczących sposobu funkcjonowania poszczególnych elementów szpitala, jak również całego szeregu parametrów, którym winny odpowiadać wybrane pomieszczenia czy grupy pomieszczeń.

Otóż rozczaruję wszystkich, gdyż takich gotowych standardów w krajach Unii nie ma. Jedy- nym odniesieniem, do którego nawiązują pro- gramisci, technolodzy i projektanci, jest aktualny poziom wiedzy i doświadczeń w tej dziedzinie. Ze znanych mi krajów tylko w Polsce odważono się na utrwalenie w formie rozporządzenia ministra osiągnięć wiedzy w tej dziedzinie i niejako za- mrożenie wszelkiego postępu na kilkanaście lat (średni okres nowelizacji ustaw), nie mówiąc

o tym, że wiele z tych osiągnięć pochodzi sprzed kilku dziesięcioleci.

Nawet jeśli celem przygotowania rozporządzenia było ograniczenie czy wręcz wyeliminowanie projektów złych, to ustawodawca nie chce zrozumieć, że w związku z negatywną selekcją programistów i projektantów powstają projekty możliwie ma- ło złe zamiast bardzo dobrych. Zamiast budować bariery, ograniczenia czy wskazówki dla tych, którzy nigdy nie projektowali szpitala, wystarczy stworzyć warunki (jak w UE) dla tych, którzy mają w tej dzie- dzinie odpowiednie przygotowanie. Automatycznie będziemy mieli szpitale przynajmniej dobre, a wiele bardzo dobrych. Czyli mamy do czynienia z absur- dalną sytuacją, która polega na tym, że mamy w Polsce standardy, gdyż wspomniane rozporządze- nie jest bez wątpienia zbiorem standardów, i w kon- sekwencji otrzymujemy możliwie niezłe projekty szpitali, w Europie natomiast, gdzie nie ma standar- dów, stworzono warunki do powstawania projektów dobrych lub bardzo dobrych.

Tylko postęp

Nie jest moim zamiarem dyskusja z poszczególnymi standardami zawartymi w rozporządzeniu, ale wywołanie polemiki nad celowością formułowania standardów z okresem ważności kilkunastu lat (czas obowiązywania rozporządzenia od nowelizacji do nowelizacji). Rytm zmian jest bowiem nieporównywalnie szybszy i mimo tej świadomości, zmuszeni je- steśmy projektować układy czy parametry przesta-

rzate, narażając się na ewidentne straty. Chciałbym przekonać wszystkich, że tylko postęp i jeszcze raz postęp może wyprowadzić nasze szpitale z obecnej sytuacji, i to postęp uchwycony w chwili pojawienia się jakiegoś nowatorskiego rozwiązania, a nie po upływie kilkunastu lat, przy okazji kolejnej nowelizacji rozporządzenia, gdy ów postęp już się zestarzał.

Dla zilustrowania tej tezy skomentuję kilka wy- branych standardów szpitala:

Korytarz szpitalny

W krajach UE

Jeszcze w latach 80. w Europie stosowano ko- rytarze o szerokości 2,4 m. Pierwszym krokiem w procesie racjonalizacji powierzchni komunikacji była rezygnacja z komunikacji brudnej. Stwierdzo- no bowiem, że transportowanie materiałów brud- nych i zakażonych może się odbywać korytarzami ogólnoszpitalnymi w hermetycznie zamkniętych pojemnikach zupełnie obojętnych dla otoczenia. Koszt zakupu odpowiednich wózków i pojemników okazał się 100-krotnie niższy od kosztu utrzyma- nia korytarzy brudnych. Zaoszczędzona po- wierzchnia przełożyła się na strukturę pokoi (70 proc. 2-osobowych, 30 proc. 1-osobowych, wszystkie z indywidualnymi łazienkami). Kolejnym etapem transformacji komunikacji było zwężenie korytarzy z 2,4 m do 1,6 m.

W Polsce

Rozporządzenie z 1992 r. ustaliło szerokość ko- rytarza szpitalnego na 2,4 m. Przygotowywana no- welizacja nie przewiduje rezygnacji z tego wymo- gu. Rozporządzenie rozdziela komunikację brud- ną i czystą. W efekcie kilka kilometrów szpitalnych korytarzy pomnożone przez 2,4 m daje kilka tysię- cy metrów kwadratowych powierzchni komunika- cji, co stanowi wysoki procent powierzchni całego szpitala. Takie bezkrytyczne traktowanie tego ele- mentu jest przejawem postawy wysoce nieodpo- wiedzialnej. Niestety, w Polsce w związku z rozpo- rządzeniem jest to postawa jedyna z możliwych; jak projektowaliśmy, tak projektować będziemy korytarze o szerokości 2,4 m i 4–6-osobowe po- koje dla pacjentów.

Stacja dezynfekcji łóżek

W krajach UE

W końcu lat 80. pojawiła się w projektach szpitali stacja dezynfekcji łóżek – niezwykle chłonna w powierzchnię – zwykle kilkaset do tysiąca metrów kwadratowych, wyposażona w drogie urządzenia – komory dezynfekcji – i naturalnie wymagająca kilka osób personelu.

Po 2–3 latach znikła – dlaczego?

Otóż okazało się, że łóżka wracające przez cały szpital po dezynfekcji do pokoju zbierały po drodze różnego rodzaju zanieczyszczenia i wracały w stanie gorszym niż przed wyjazdem. Mało tego – transport dźwigami 50–60 łóżek dziennie tam i z powrotem albo kompletnie blokował dźwigi dla pacjentów, albo wymagał instalacji dodatkowych, dużych dźwigów. Przy tych wszystkich niebezpieczeństwach i wadach, wysokim koszcie realizacji i eksploatacji zrezygnowano ze stacji dezynfekcji łóżek równie szybko, jak je wprowadzono, i dzisiaj młodsze pokolenie już pewnie nawet nie wie, że ktoś w niezbyt odległej przeszłości wpadł na tak nietrafiony pomysł.

W Polsce

W 1992 r. – czyli jakieś 2–3 lata po tym, jak z nich zrezygnowano w Europie (ktoś nie był na bieżąco) – wprowadzono do rozporządzenia wymóg i opis standardów, wg których należy programować i projektować stacje dezynfekcji łóżek. Standard oczywiście obowiązuje do dzisiaj i obowiązywać będzie prawdopodobnie przez najbliższe kilkanaście lat.

I gdyby to był przepis martwy, to można by nad tym przejść do porządku. Niestety, tak nie jest. Sanepid regularnie nęka i straszy dyrekcje szpitali, że muszą tę stację wprowadzić, gdyż mają struktury niespełniające wymagań rozporządzenia i narażają się tym samym na jakieś przykre konsekwencje.

W związku z tym w programach modernizacji szpitali starających się wywiązać z tego wymogu rozporządzenia często zjawiają się odpowiednio rozbudowane stacje dezynfekcji łóżek (dla świętego spokoju), zamiast np. propozycji rozgęszczania pokoi czy wyposażenia ich w łazienki – a my za to płacimy.

Prezentując te proste przykłady, chciałem wyka-

zać, jak swobodnie rozwijająca się myśl może przynosić korzyści i jak, z drugiej strony, pozytyw-

Ucieczka do przodu

Jaki to szybki i trudny do opanowania proces, niech świadczy moje ostatnie doświadczenie sprzed 2 lat, gdy pojechałem do Francji (po 4 latach nieobecności), wykonać projekt konkursowy szpitala. Po pierwszych szkicach niektórych elementów szpitala w trakcie dyskusji okazało się, że wystarczyły 4 lata braku kontaktów, aby moja wiedza się zdezaktualizowała. W Polsce rozporządzeniem blokuje się postęp na kilkanaście lat.

W naszym kraju zdumiewa kompletny brak merytorycznej kontroli projektów szpitali, polegającej na zweryfikowaniu poprawności przyjętych rozwiązań funkcjonalnych szpitala, jego poszczególnych części, do pomieszczeń włącznie. Trudno bowiem poważnie traktować opinie rzeczoznawców sanepidu, którzy skądinąd czują się upoważnieni do dokonywania takiej oceny z tytułu przygotowania zawodowego, obejmującego zapewnienie odpowiednich warunków sanitarno-epidemiologicznych funkcjonowania budynku (czyli mikroklimatu, problemu odprowa-

dzania ścieków, zasilania w wodę, parametrów tych mediów, wyposażenia budynku w odpowiednie urządzenia sanitarno-higieniczne). Na co przydaje się ta wiedza przy ocenie technologii szpitala, tego nie wiem. Tym bardziej, że w przeważającej większości przypadków są to inżynierowie, którzy nigdy nie zbudowali szpitala. Jakim prawem? Na podstawie jakiej wiedzy uznaje się ich za upoważnionych do sprawdzania projektu technologii szpitala?

Warto bowiem zauważyć, że w trakcie merytorycznej dyskusji nad jakimś zagadnieniem widać, że są zupełnie nieprzygotowani, a jedynym i ostatecznym argumentem z ich strony jest cytata odpowiedniego paragrafu z owego rozporządzenia. Skutków takiego stanu rzeczy nie trzeba szukać daleko. Trafiły mi się do oceny projekty dwóch szpitali, posiadające pozytywne opinie sanepidu. Projekty te wprawdzie spełniały wszystkie standardy rozporządzenia, ale z punktu widzenia rozwiązań technologicznych i przestrzennych były poniżej wszelkiej krytyki. W Europie uznano by je za wystarczający powód do postawienia przed są-

dem projektanta i rzeczoznawcy za uprawianie sabotażu. Bo zamiast odpowiedniej wiedzy i doświadczenia, rzeczoznawcy ci potrafili jedynie przeczytać to nieszczęsne rozporządzenie, a jest

to umiejętność, którą nabywa się na ogół w szkole podstawowej, a do projektowania czy sprawdzania projektu szpitala przydałaby się wiedza na poziomie przynajmniej studiów wyższych.

Selekcja negatywna

I na koniec jeszcze jedna refleksja. Po powrocie do Polski, czyli na przestrzeni ostatnich 4 lat, ilekroć znajdę się wśród osób interesujących się problematyką projektowania szpitali, niezmiennie jestem nagabywany pytaniami i prośbami o wyjaśnienie standardów europejskich w tej dziedzinie. Zaczęłem się zastanawiać, skąd taki pęd i zapotrzebowanie na owe standardy, skoro nigdy, przez 20 lat pracy nad szpitalami w Europie nie zetknąłem się z niczym, co byłoby nimi lub przynajmniej je przypominało. Byłem zdziwiony do tego stopnia, że w pierwszym okresie odpowiadałem wymijająco, *no, a nuż są, a ja o nich nie wiem*. Później jednak sprawdziłem i upewniłem się, że w Europie po prostu żadnych standardów w tej dziedzinie nie ma. I narodziło się pytanie: dlaczego tam nie są potrzebne i nikt o nie nie zabiega, a w Polsce istnieje na nie tak duże zapotrzebowanie?

Otóż wyjaśnienie nasunęło mi się w trakcie przygotowywania tego tekstu.

W Europie cały system przygotowania inwestycji, selekcji ekip i projektów pomyślany jest w sposób preferujący ugruntowaną i najaktualniejszą wiedzę, doświadczenie i możliwie najlepsze projekty jako czynniki stwarzające potencjalne możliwości zdominowania konkurencji. W konsekwencji wszystko rozgrywa się w gronie specjalistów, którym niepotrzebne są żadne wytyczne, gdyż na ogół ich wiedza znacznie wyprzedza utarte i obiegowe poglądy, które potencjalnie mogłyby być standardami. Tymczasem w Polsce cały proces selekcji ma charakter negatywny, czyli przebiega w gronie osób często niekompetentnych, wskutek czego, aby uniknąć projektów zdecydowanie złych, konieczne są standardy. I stąd takie zapotrzebowanie na nie, nie mówiąc już o tym, że zdobywanie prawdziwej wiedzy i doświadczenia wymaga wyjątkowej pracy w okresie kilkudziesięciu lat. Do zapoznania się ze standardami wystarczy kilka godzin. ■

????????????????

