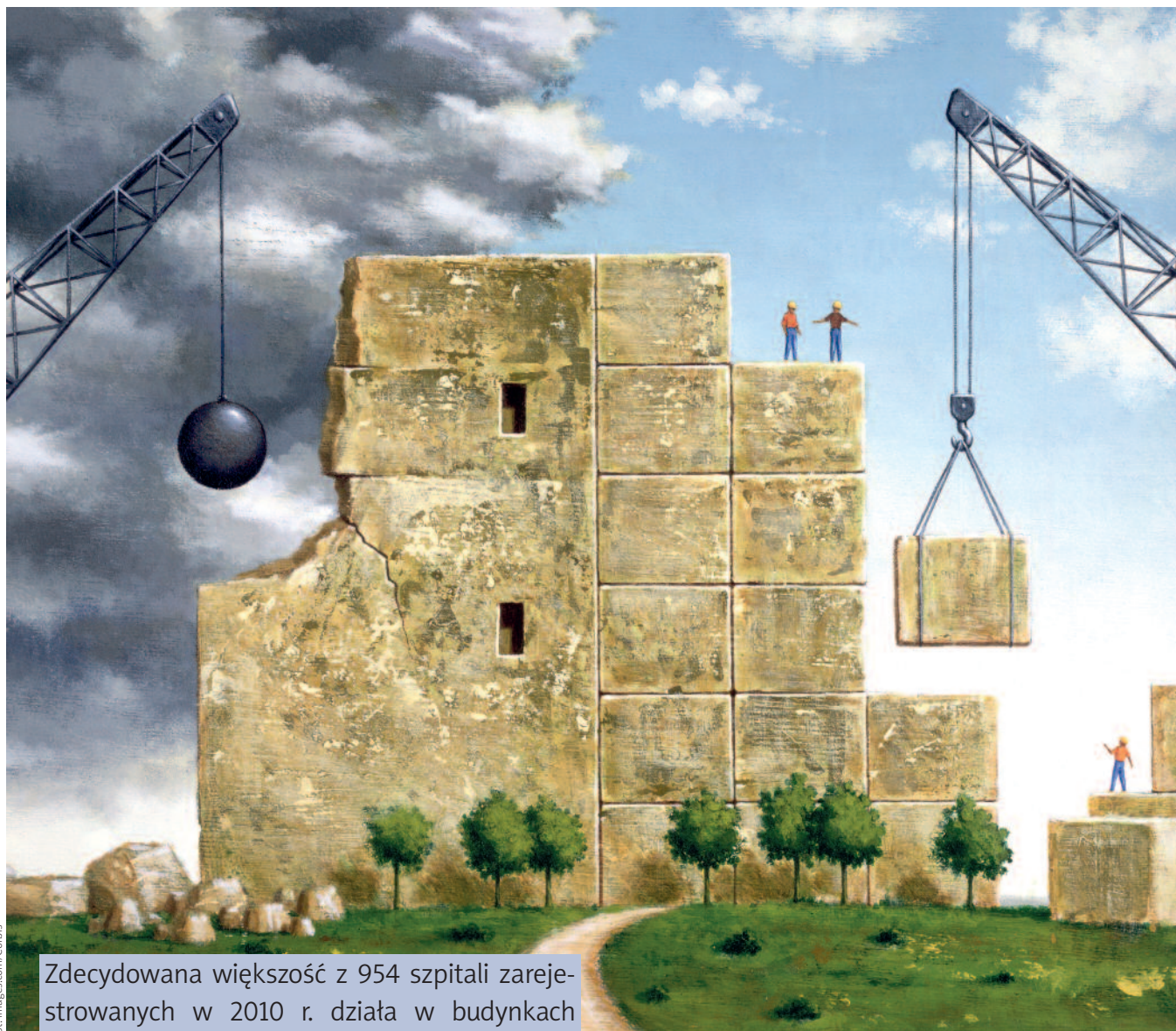


Lepiej budować od podstaw niż remontować bez końca

Szpitala do wyburzenia

Patrycja Majer



for. images.com/Corbis

Zdecydowana większość z 954 szpitali zarejestrowanych w 2010 r. działa w budynkach z pierwszej połowy ubiegłego wieku. Z tego powodu nie spełniają żadnych wymogów epidemiologicznych i sanitarnych. Na Zachodzie nikt takich placówek nie remontuje. Wyburza się je lub – jeżeli mieszczą się w zabytkowych budynkach – sprzedaje, zarabiając niemałe pieniądze. Nowe szpitale buduje się od podstaw.

Warto wziąć ołówek do ręki: jak wynika z kalkulacji ekonomicznych, budować od podstaw jest zdecydowanie taniej niż remontować bez końca – takie jest stanowisko wszystkich rozwiniętych krajów europejskich. Wiedzą o tym też deweloperzy. Zdaniem Andrzeja Sokołowskiego, prezesa Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych, najważniejsze są trzy kwestie. Po pierwsze, przeróbki są bardzo drogie. Po drugie, w ostatnich kilkudziesięciu latach przepisy

sanitarно-epidemiologiczne zmieniły się diametralnie, dlatego konieczność dostosowania szpitali do obecnych wymogów zmusza inwestorów do gruntownych zmian bryły budynku. Ponadto technika medyczna poszła tak do przodu, że istniejąca organizacja szpitali nie pozwala na zachowanie rachunku ekonomicznego przy utrzymaniu obecnych dróg transportu pacjentów.

Konieczność zmian

Wymusza to zmiany położenia poszczególnych oddziałów. – *Żadna remontowana placówka nigdy nie będzie w pełni nowoczesna* – twierdzi Sokołowski i powołuje się na Bułgarię, która kilka lat temu wprowadziła ustawę dopuszczającą sprzedaż szpitali publicznych. – *Bulgaria zachowała 63 szpitale, głównie instytuty, które uznała za ważne strategicznie dla społeczeństwa. Pozostałe wystawiono na sprzedaż. I chociaż znajdują się one w bardzo dobrych punktach kraju, do dziś ani jeden szpital nie został sprzedany. Dlaczego? Nikt, kto chce działać na rynku usług medycznych i myśli perspektywicznie, nie zainwestuje kilkudziesięciu milionów w stary, niedostosowany do współczesnych wymagań budynek.*

Lecznice bez standardu

Z kontroli przeprowadzonej od 1 kwietnia do 31 lipca 2009 r. przez Najwyższą Izbę Kontroli w 48 szpitalach w województwach kujawsko-pomorskim, lubelskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, pomorskim, śląskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim wynika, że stan techniczny tych placówek jest zły. Budynek są stare, wyeksploatowane, brakuje wyposażenia przeciwpożarowego i są nieprzystosowane dla osób niepełnosprawnych. W kontrolowanych jednostkach nie były spełnione m.in. wymogi w zakresie ewakuacji – nie było wydzielonych klatek schodowych, zabezpieczeń przed zadymieniem dróg ewakuacyjnych czy oświetlenia awaryjnego. Zdarzało się, że drogi ewakuacyjne były zbyt wąskie. Kolejny problem, na który zwrócili uwagę kontrolerzy, to bariery architektoniczne dla niepełnosprawnych. W prawie połowie sprawdzanych placówek pacjenci na wózkach mieli problemy z dostaniem się do budynków lub na ich wyższe piętra. Nieprzystosowane do ich potrzeb były również toalety. Wyniki kontroli oraz konieczność dostosowania szpitali do końca 2012 r. do standardów technicznych i sanitarnych zmobilizowały menedżerów do przeprowadzania gruntownych modernizacji bądź rozbudowy.

Budowanie z głową

Inwestycje w infrastrukturę wymagają ogromnych nakładów, ale także długofalowej strategii rozwoju szpitala. Trzeba wiedzieć, co należy zrobić w konkretnej placówce i czy takie rozwiązanie sprawdzi się w perspektywie co najmniej 20–30 lat. Dlatego też, zdaniem dr. Michała Grzymały-Kazłowskiego, preze-

„ Jeśli się weźmie pod uwagę funkcjonalność, koszt przebudów i remontów, może się okazać, że modernizacja przestaje być opłacalna ”



foto: Archi-med Sollers

„ Inwestycje w infrastrukturę wymagają ogromnych nakładów, ale także długofalowej strategii rozwoju szpitala ”

sa firmy Archimed, projektującej m.in. szpitale i inne obiekty ochrony zdrowia, podstawą decyzji o tym, czy budować nowy szpital, czy też modernizować stary i w jakim zakresie, jest ocena stanu budynków i terenu należącego do placówki (funkcjonalna, prawna, planistyczna itd.). – *Najważniejszą przesłanką jest zbadanie, czy modernizacja w ogóle jest możliwa. Ze względów technicznych zwykle większość przeróbek można zrobić, jednak jeśli się weźmie pod uwagę funkcjonalność, koszt przebudów i optymalizację funkcjonalną, może się okazać, że modernizacja przestaje być opłacalna. Wówczas należy stary budynek sprzedać, wynająć albo po prostu wyburzyć, a budowę rozpocząć na nowej działce* – tłumaczy Grzymała-Kazłowski. – *Aby jednak zarządzający szpitalem mógł sam ocenić wszystkie za i przeciw, konieczne jest stworzenie tzw. master planu, czyli graficznej prezentacji modernizowanego czy budowanego obiektu. Taki projekt pozwala zminimalizować ryzyko inwestycyjne* – dodaje. Tym, co zdaniem prezesa firmy Archimed dyskwalifikuje stary budynek, jest wysokość kondygnacji i szerokość kory-



foto: Archimed Sellers

„ Michał Grzymała-Kazłowski: Najważniejszą przesłanką jest zbadanie, czy modernizacja w ogóle jest możliwa. Jeśli przestaje być opłacalna, wówczas należy stary budynek sprzedać, wynająć albo po prostu wyburzyć, a budowę rozpocząć na nowej działce ”

tarzy. – Jeśli pomieszczenia mają 2,5 m wysokości, wiadomo, że nie da się takiego szpitala zmodernizować. Minimum jest uzyskanie 3 m wysokości w świetle i 60 cm pomiędzy stropami, by dobrze działały wszystkie instalacje niezbędne do utrzymania odpowiednich warunków pracy. Nasylenie techniką szpitalną jest bowiem tak duże, że nie można ukryć w mniejszej przestrzeni instalacji koniecznej do funkcjonowania aparatury – tłumaczy. – Druga kwestia to szerokość korytarzy. Optymalna wynosi 2,4 m. Jeśli jest mniejsza, nie ma możliwości, aby dwa łóżka mogły się minąć – mówi Grzymała-Kazłowski. – Wprawdzie ostatnia, lutowa nowelizacja rozporządzenia w sprawie norm sanitarnych i epidemiologicznych złagodziła przepisy i zniósła między innymi obostrzenia dotyczące szerokości korytarzy, ale przepisy przeciwpożarowe nadal są jednoznaczne i mówiąc o standardach europejskich, ich należy się trzymać. Jeżeli korytarze są węższe, budynek należy opuścić, bo zmiana ich szerokości jest bardzo trudna – dodaje. Ostatnim ogniwem jest sprawdzenie wytrzymałości konstrukcyjnej budynku. Trzeba pamiętać, że współczesny sprzęt diagnostyczny jest bardzo ciężki, a jeszcze kilka lat temu nie było tego problemu.

Nowocześni inwestorzy

Średnia cena budowy metra kwadratowego szpitala z wyposażeniem trwałym to 5 tys. zł netto. Przy modernizacji starej placówki może ona wynieść nawet kilka razy więcej. Dlatego bogate kraje europejskie, takie jak Belgia czy Holandia, opuszczają stare szpitale w centrum miasta, odsprzedając je na inne cele. – W grę wchodzi ponadto inne czynniki. Na Zachodzie nie tkanka istniejąca, tzn. mury, lecz płace i zużywana energia stanowią istotny czynnik eksploatacyjny szpitala. Dlatego nie opłaca się utrzymywać starych budynków. Nowoczesne projekty pozwalają na zoptymalizowanie pracy na oddziałach, bloku operacyjnym, OIOM-ie, zużycia energii, a przez to umożliwiają obniżenie kosztów eksploatacyjnych – w skrajnie źle działających szpitalach nawet o tysiąc procent – twierdzi Grzymała-Kazłowski. Względy te coraz częściej biorą pod uwagę polscy menedżerowie. W połowie kwietnia zgodę na budowę nowego szpitala pediatrycznego w Warszawie otrzymał Warszawski Uniwersytet Medyczny. Do tej pory korzystał on z dwóch szpitali – przy ul. Działdowskiej i Litewskiej. Zdaniem prorektora ds. dydaktycznych WUM Marka Kulusa obie placówki nie nadają się do przebudowy. – Zlokalizowane są w obiektach zabytkowych, gdzie znajdują się małe, ciasne pomieszczenia. Sanitariat przypada na 20 łóżek. Dziecko ma do dyspozycji 6 m podłogi, co uniemożliwia rodzicom przebywanie z maluchem. Ponadto należy wziąć pod uwagę względy sanitarne. Przy takiej ciasnocie, mimo dezynfekcji, dochodzi do częstych zakażeń pomiędzy pacjentami – tłumaczy Kulus. – To również bardzo ważny czynnik przy podejmowaniu decyzji. To wszystko zdecydowało o konieczności postawienia nowego szpitala. Zostanie on zbudowany na działce należącej do uczelni i pomieści 527 łóżek, w tym 402 pediatryczne – dodaje.

Do podobnych wniosków doszedł Jarosław Cegielski, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy. – Nasza placówka funkcjonuje w sześciu budynkach – barakach. Niestety, nie nadają się one do eksploatacji ani ze względów czysto budowlanych, ani etycznych. Dodatkowo, mimo że były na bieżąco odświeżane, aby sprostać wymaganiom sanepidu, pod względem bakteriologicznym to siedlisko groźnych drobnoustrojów – tłumaczy Cegielski. – Na Zachodzie szpitalne bakterie to wystarczający powód, aby po 30 latach funkcjonowania szpitala zburzyć go i postawić od nowa. Nas na to nie stać – mówi Kulus. – Wymiana instalacji grzewczych i wentylacyjno-klimatyzacyjnych, gdzie głównie chowają się niebezpieczne bakterie, grzyby i wirusy, wielokrotnie przewyższa koszt założenia takich samych instalacji w nowym budynku – dodaje Grzymała-Kazłowski. Dlatego taki standard obowiązuje na Zachodzie. – Jedynym wskaźnikiem, który powinien decydować, że warto zainwestować w stary szpital, jest jego reputacja, położenie i wielkość kontraktu. One mogą przeważać pozabudowlane argumenty – komentuje Sokółowski. ■