



Maciej Murkowski

Projekty polskich szpitali są anachroniczne i po zakończeniu budowy przypominają bardziej skansen niż nowoczesny obiekt leczniczy

Szpital na peryferiach

Konferencja zorganizowana w maju br. we Wrocławiu z inicjatywy dr. Piotra Gerbera i Instytutu Euromedicare z Wrocławia wyszła naprzeciw jednej z najostrej wyrażonych potrzeb polskiej opieki zdrowotnej, tj. próbie oceny sytuacji dotyczącej projektowania i budowy oraz modernizacji szpitali.

Próby tej oceny dokonano podczas konferencji naukowej z udziałem projektantów i architektów polskich oraz zaproszonych gości z zagranicy. Nieestety, w konferencji uczestniczyli tylko nieliczni przedstawiciele grona dyrektorów polskich szpitali.

Sformułowana przez większość referentów, jak i wielu dyskutantów ocena potwierdziła z całą jasnością fakt, iż w okresie ostatnich 6–8 lat, któremu towarzyszyły potęgujące się trudności w zapewnieniu elementarnych warunków (głównie finansowych) do funkcjonowania szpitali, projektowanie tak nowych obiektów szpitalnych, jak i modernizacja starych pograżyło się w głębokim kryzysie.

Resortowa wyrocznia

W tym okresie zniknął jakikolwiek nadzór merytoryczny nad oferowanymi projektami. Od stycznia 1999 r., tj. od nowego podziału administracyjnego kraju, Ministerstwo Zdrowia ograniczyło działalność swojej Komisji Programowo-Technicznej do inwestycji budżetu centralnego (instytuty resortowe i akademie medyczne). Należy dodać, że w działalności KPT od wielu lat funkcjonował wyłącznie moduł techniczny, z całkowitym pominięciem tak ważnej oceny dotyczącej medycznego programu zadania inwestycyjnego.

Województwa (urzędy marszałkowskie i wojewódzkie) nie podjęły żadnej próby merytorycznej oceny realizowanych na swoim terenie inwestycji szpitalnych.

Jedyną wyrocznią, w bardzo niekorzystnym znaczeniu tego słowa, było wielokrotnie wymieniane na konferencji w negatywnym kontekście

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1992 r. w sprawie wymogów fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać zakłady stacjonarnej opieki zdrowotnej. Dogłębnej krytyki tego aktu prawnego dokonał w swoim interesującym wystąpieniu mgr inż. arch. Artur Stabiak.

Barierę postępu

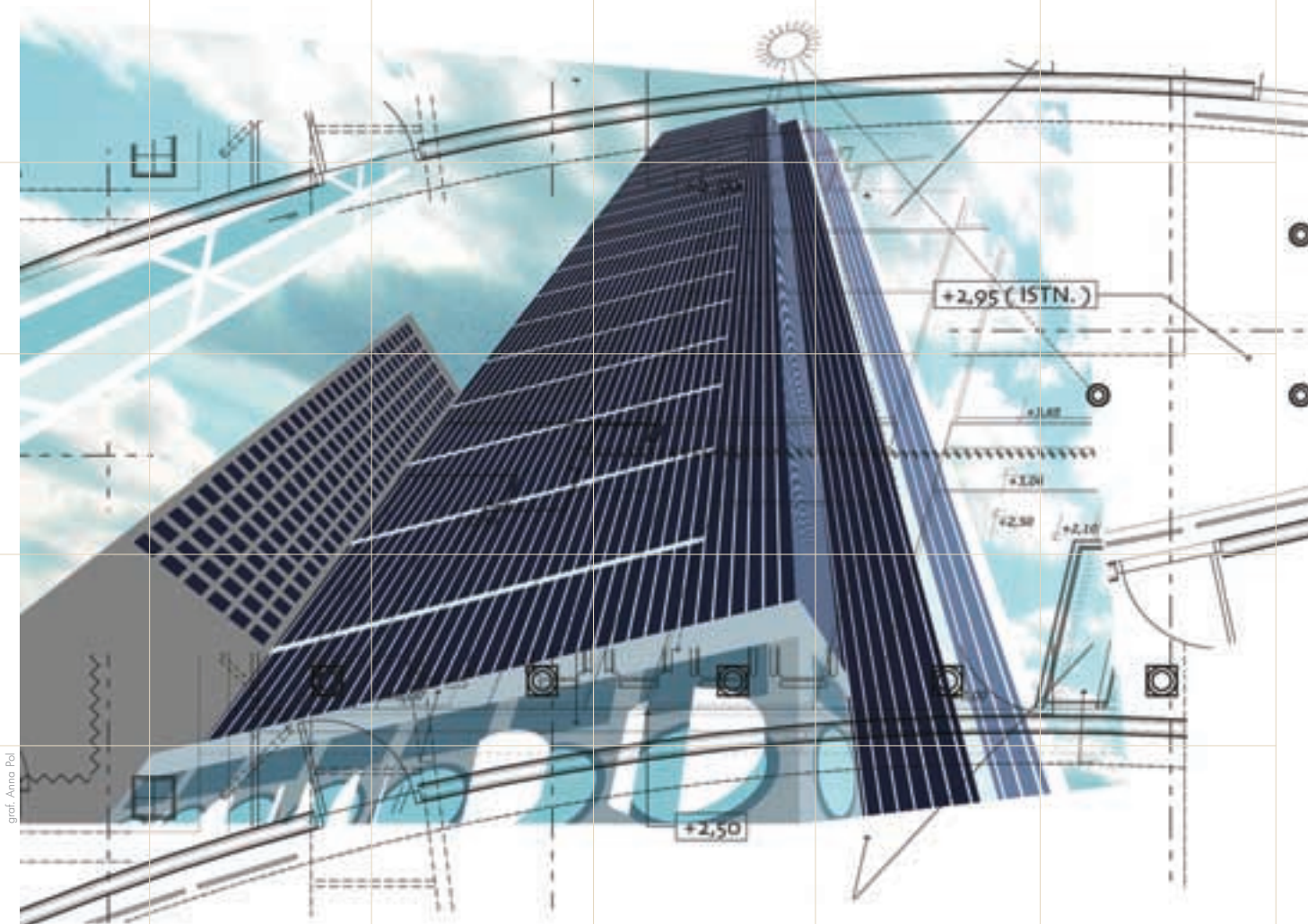
Stabiak, porównując sytuację w Polsce z sytuacją w zakresie projektowania szpitali w krajach Unii Europejskiej (ponad 20 lat projektował szpitale we Francji, Włoszech, północnej Afryce i Luksemburgu), stałe obowiązywanie cytowanego wyżej rozporządzenia potraktował jako główną barierę jakiegokolwiek postępu (a raczej przyczynę zastoju) w dziedzinie projektowania szpitali w Polsce.

Dlatego pierwszym koronnym postulatem wrocławskiej konferencji jest potrzeba wystąpienia do ministra zdrowia z wnioskiem o pilną nowelizację, a jeszcze lepiej o jak najszybsze uchylene obowiązywania ww. rozporządzenia.

Im szybciej będziemy dopuszczać do realizacji wyłącznie projekty odpowiadające standardom unijnym, tym szybciej położymy tamę istniejącemu ogromnemu marnotrawstwu środków, jakim jest przyjmowanie do realizacji anachronicznych projektów i budowanie (lub modernizacja) obiektów, które już w chwili zakończenia budowy przypominają bardziej skansen niż nowoczesny szpital!

Analiza otoczenia

Jednym z podstawowych wymogów dobrego startu do realizacji zadania inwestycyjnego (co wy-



graf. Anna Pol

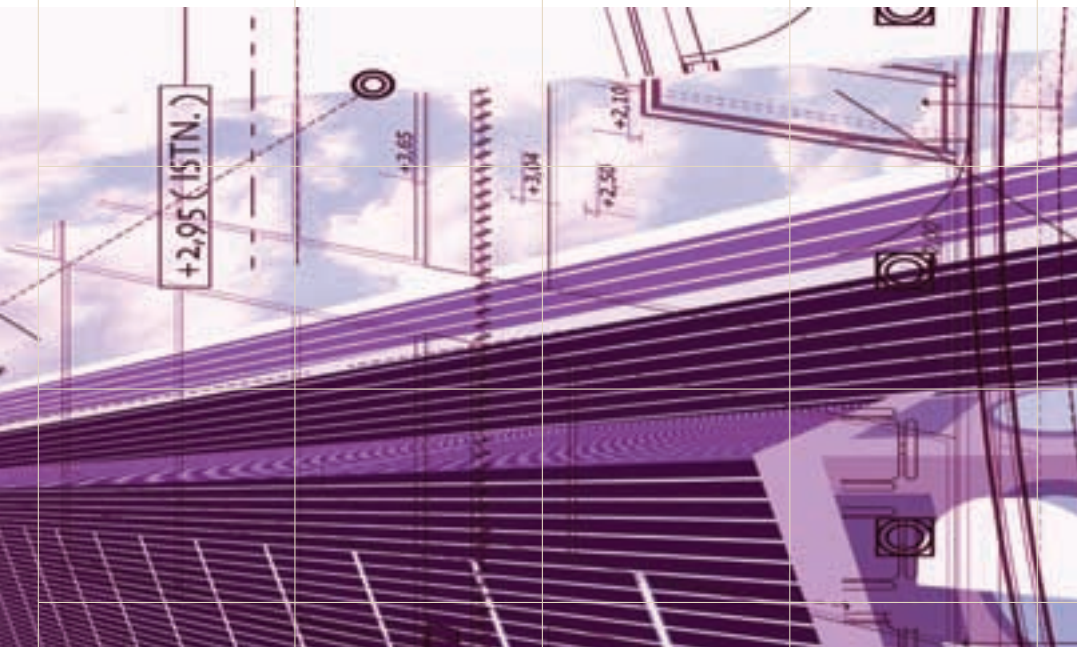
„ Im szybciej zapewnimy dopuszczanie do realizacji wyłącznie projektów odpowiadających standardom unijnym, tym szybciej położymy tamę ogromnemu marnotrawstwu środków ”

kazała dobitnie wrocławska konferencja, w tym m.in. wystąpienia kolegów z Grazu) jest poważne potraktowanie programu medycznego przedsięwzięcia inwestycyjnego w szpitalnictwie. W dzisiejszej Polsce jest to jeden z najpoważniejszych mankamentów. Nie możemy przystępować do projektowania bez właściwej prognozy potrzeb stacjonarnej opieki medycznej na danym terenie, tzw. *analizy otoczenia* oraz bez właściwej prognozy zmian występujących w filozofii działania zakładu stacjonarnego w Europie.

Filozofia ta zmienia się intensywnie *na naszych oczach*. W szpitalach europejskich ulega rozbu-

wie element funkcjonalny, zogniskowany na ratownictwie medycznym, zastępując w tym zakresie dawną tradycyjną izbę przyjęć. Te szpitalne oddziały ratunkowe, łącznie ze zlokalizowaną w bezpośrednim sąsiedztwie diagnostyką radiologiczną, oddziałem intensywnej terapii i blokiem operacyjnym, tworzą (za Słabiakiem) tzw. *obszar gorący szpitala*.

W krajach UE łóżka na oddziale intensywnej terapii, intensywnej opieki kardiologicznej, intensywnej opieki neurologicznej i tym podobnych monitorowanych odcinkach stanowią co najmniej 8–12 proc. ogólnej liczby łóżek szpitala, a w szpitalach Emiratów Arabskich ten odsetek sięga na-



wet 20 proc., czyli 1/5 wszystkich łóżek w szpitalu. W Polsce nadal obowiązuje cytowane rozporządzenie, które arbitralnie określa pułap łóżek o charakterze opieki intensywnej na 2–4 proc. ogólnej liczby łóżek w szpitalu. Dzisiaj jest to po prostu nieporozumienie!

Nie do pomyślenia (w krajach UE) jest projektowanie i wybudowanie szpitala na 260 łóżek (co miało miejsce w Polsce w 2003 r. w Przasnyszu, w woj. mazowieckim), w którego centralnym bloku operacyjnym znalazły się zaledwie 2 sale operacyjne. Spowodowało to utworzenie dodatkowej sali operacyjnej w ramach oddziału okulistycznego szpitala.

downictwie szpitalnym do warunków pobytu chorych. Polski standard, w którym na oddziale występują głównie pokoje 3- lub 4-łóżkowe z umywalką i wspólną łazienką dla oddziału, jest całkowicie niezrozumiały dla projektantów z krajów UE, gdzie ok. 70 proc. łóżek (a obecnie nawet więcej) jest projektowanych w pokojach 1- i 2-łóżkowych z własnymi węzłami sanitarnymi, dostępem do Internetu, itp. Ta niekorzystna sytuacja polskich szpitali potwierdziła się ostatnio w badaniach prowadzonych przez Śląską Opiekę Medyczną sp. z o.o., dotyczących oceny aktualnych możliwości szpitali w zakresie wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

” W szpitalach europejskich rozbudowie ulega element funkcjonalny, zogniskowany na ratownictwie medycznym, zastępując w tym zakresie dawną tradycyjną izbę przyjęć ”

Szpital powinien posiadać takie zaplecze diagnostyczne i zabiegowe, aby w jak najkrótszym czasie postawić szybką diagnozę i zapewnić adekwatne do potrzeb leczenie, wyprowadzające chorego ze stanu zagrożenia utraty życia.

Powinniśmy jak najszybciej zapomnieć o tradycyjnych jeszcze wielołożkowych oddziałach chirurgii ogólnej w naszych szpitalach powiatowych, które zapewniają leczenie stacjonarne od *wyłuszczenia kaszaka do operacji z powodu raka odbytu* (często zaledwie kilka operacji rocznie). Na ten stan ma wpływ ogromny niedorozwój dziennych oddziałów w polskich szpitalach, w tym w szczególności oddziałów tzw. *chirurgii jednego dnia*, a także jeszcze często skromne poradnie ambulatoryjne, działające jako jednostka organizacyjna szpitala.

Potrzeba uzdrowienia

Konferencja wykazała, jak ogromną wagę w Europie (np. w Austrii i Francji) przywiązuje się w bu-

Europejski standard warunków nawet bardzo krótkiego pobytu chorych w szpitalu warunkuje komfort hospitalizacji pacjentów, ale jest bardzo ważny również z uwagi na stały wzrost liczby osób, które towarzyszą pacjentowi w czasie pobytu w szpitalu (często przez całą dobę).

Wrocławska konferencja raz jeszcze pokazała dobitnie potrzebę podjęcia natychmiastowych działań dla *uzdrowienia* sytuacji w zakresie projektowania i budowy obiektów szpitalnych w Polsce. Jak zwykle nie powinniśmy wywahać już wcześniej *otwartych drzwi* i jak najszybciej przenieść zasady postępowania obowiązujące w tym zakresie w krajach Unii Europejskiej do naszego kraju.

Optymalnym rozwiązaniem byłoby przygotowanie (wzorem wielu innych krajów UE) ustawy o szpitalnictwie. Do tego jednak czasu najbardziej pilnym działaniem jest zlikwidowanie jednej z głównych przyczyn tej sytuacji, czyli uchYLENIA w całości ww. rozporządzenia ministra zdrowia. ■