

Polskie bloki operacyjne – problemy inwestycyjne

Świętsi od papieża



fot. Images.com/Corbis

Specyfika bloku operacyjnego (BO), jednej z najważniejszych i najbardziej prestiżowych jednostek szpitala, sprawia, że wymaga on wyjątkowo precyzyjnej organizacji oraz tak samo wyjątkowych w skali szpitala funduszy. Blok operacyjny generuje 6–15 proc. technicznych kosztów funkcjonowania placówki, natomiast koszt jego budowy oraz montażu wynosi w największych polskich miastach 4800–8200 zł za metr kwadratowy. Przy czym należy dodać, że jeszcze 2 lata temu koszt ten był znacznie niższy – 3700–6000 zł za metr kwadratowy.

Duże nakłady finansowe niezbędne do powstania nowoczesnego i dobrze funkcjonującego bloku operacyjnego to tylko część sukcesu. Pozostałą część stanowi projekt. Brak jednolitych przepisów unijnych zmusza do korzystania z krajowych oraz lokalnych regulacji prawnych, które niejednokrotnie odbiegają jakością od przepisów obowiązujących w innych krajach europejskich. Najważniejsze są tu przepisy tworzone przez Mini-

sterstwo Zdrowia (MZ) i Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Różnice

Różnice między Polską a takimi krajami, jak Francja, Niemcy, Anglia czy Szwecja, w podejściu do projektowania szpitali doskonale można zobrazować na przykładzie rozwiązań dotyczących pozbywania się z sal

operacyjnych zużytych materiałów, co jest fundamentalnym zagadnieniem funkcjonalnym każdego BO. Standardowy układ dwukorytarzowy (korytarz „czysty” i „brudny”) preferowany jest w Niemczech. W Anglii o sposobie projektowania decyduje się, wydając tak zwane „elementy funkcjonalne”, czyli rysunki precyzujące układ i wyposażenie pomieszczeń zgodne z aktualnymi

wiązanie korzystne i bezpieczne technicznie. Ponadto z ekonomicznego punktu widzenia umożliwia wzrost liczby wykonywanych operacji, a zarazem optymalizuje czas amortyzacji sprzętu i wydatków inwestycyjnych. Obecne zapisy prawne w rozporządzeniu ministra zdrowia należy zmodyfikować, zezwalając na projektowanie podręcznej sterylizacji niezależnie od sterylizacji centralnej.



foto: iStockphoto

„ Jakość naszych przepisów odbiega od jakości przepisów obowiązujących w innych krajach europejskich ”

wymaganiami państwowymi. We Francji całkowicie zrezygnowano z korytarza „brudnego” na korzyść transportu materiałów zużytych w szczelnie zamykanych pojemnikach, które można usuwać przez korytarz „czysty”. Ten nowy projekt funkcjonuje wciąż pod stałym nadzorem komisji ekspertów, co ma prowadzić do optymalizacji stosowanych rozwiązań. W Szwecji postawiono na bardzo bogate wyposażenie w sprzęt, które umożliwia sterylizację narzędzi na styku sali operacyjnej i przyległych do niej pomieszczeń. Jest to rozwiązanie kosztowne i wymagające ścisłego stosowania procedur. Rozwiązania stosowane w Polsce są zależne od wymagań NFZ. Problemem staje się stosunek do tych zagadnień rzeczoznawców i instytucji dokonujących odbioru, które mogą działać według dawnych przyzwyczajęń. Sprawa może być kłopotliwa, kiedy zakres wymagań okazuje się inny w każdym regionie kraju.

Nie jest nam dane, niestety, korzystać z doświadczenia Skandynawów, którzy wprowadzili na BO praktyczne sterylizatory podręczne. Wciąż bezwzględnie wymagane są rozwiązania trójstrefowe. Wyjaśnione już przeze mnie powyżej szwedzkie podejście do zagadnienia to roz-

Jakość prawa

Kolejnym newralgicznym punktem, w wypadku którego nasze przepisy odbiegają jakością od przepisów obowiązujących w innych krajach europejskich, jest wysokość sali operacyjnej. Usunięcie zapisu na ten temat z rozporządzenia ministra spowodowało konieczność odniesienia się do aktu prawnego o wyższym stopniu ogólności, czyli warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie. Skutkiem jest wymóg projektowania sal o wysokości 3,3 m, podczas gdy we wszystkich krajach unijnych dopuszcza się sale o wysokości 3 m. Zmiana ta pociągnęła za sobą drugocenne skutki dla budżetów szpitali. Nie oznacza ona tylko konieczności jednorazowych zmian konstruktorско-budowlanych, ale powoduje też długotrwałe skutki, czyli zwiększone koszty utrzymania sali operacyjnej, w szczególności związane z wymianą powietrza. Jeśli podczas operacji wymagana liczba wymian powietrza na godzinę wynosi 11, a w pozostałym czasie 6 (wentylacji sal nie można wyłączać z uwagi na cechy filtrów absolutnych), łatwo obliczyć, że do sali wyższej o 30 cm trze-

ba w ciągu każdej godziny wtłoczyć dodatkowo 110 m³ powietrza. Powietrza ogrzanego, nawilżonego lub schłodzonego. Pochłania to ogromne ilości energii, a co za tym idzie – pieniędzy. Jedynym racjonalnym rozwiązaniem wydaje się wprowadzenie jasnego zapisu w rozporządzeniu ministra zdrowia, który ustali wymaganą wysokość sali operacyjnej zgodnie z przepisami unijnymi (3 m), dopuszczając ewentualne dalsze obniżenia za zgodą Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Precyzyjny i prze-



foto: iStockphoto

„ Sytuacja, w której minister zdrowia precyzuje swoje wymagania, NFZ swoje, a Państwowa Inspekcja Sanitarna swoje, wymusza dodatkowe koszty inwestycyjne „

myślany zapis zapobiegnie kolejnym zbędnym zmianom generującym koszty, szczególnie w kontekście modernizacji funkcjonujących szpitali publicznych.

Jakość powietrza

Na tym problem wymiany powietrza w sali operacyjnej i obecnego obwarowania prawnego tej kwestii się jednak nie kończy. Otóż nie chodzi tylko o obniżenie sali, ale także o dopuszczenie przez przepisy zasto-

sowania recykulacji powietrza na większą niż dotychczas skalę. Polega ona na przefiltrowaniu powietrza przez specjalne urządzenie, a następnie ponownym wtłoczeniu go (po ogrzaniu i nawilżeniu) do sali operacyjnej. Obecnie wymaga się, aby całe powietrze tłoczone do sali operacyjnej pochodziło z zewnątrz, co oznacza ogromne koszty eksploatacji. Zapisy zawarte w rozporządzeniu ministra zdrowia należy zmienić, aby stosowanie recykulacji nie wymagało specjalnej zgody, co w krajach unijnych jest już standardem. Znacznie przyspieszy to uzyskiwanie pozwolenia na budowę i uporządkuje wymagania.

Kolejna kwestia, która moim zdaniem wymaga zmiany, to rezerwa napięcia dla sal operacyjnych poprzez zastosowanie agregatów prądowców. Należy rozważyć, czy nie zrezygnować z wymagań dotyczących agregatów w wypadku małych zespołów operacyjnych, mających od jednej do trzech sal, na rzecz urządzeń typu UPS. Obecne zapisy prawne w rozporządzeniu ministra zdrowia należy zmodyfikować, precyzując czas podtrzymania napięcia, np. 3 godziny, oraz wielkość bloku, od jakiej wymaga się agregatu.

Uwagi i postulaty

Analizując z uwagą obecną sytuację dotyczącą obowiązujących w Polsce przepisów dotyczących projektowania BO, nie sposób uniknąć wielu nasuwających się uwag i postulatów zmian, które znacznie usprawnią ten żmudny, praco- oraz czasochłonny proces. Aby to osiągnąć, nieunikniona wydaje się ponowna modyfikacja rozporządzenia ministra zdrowia. Tym razem pod kątem kosztów eksploatacji obiektu i maksymalnego przyspieszenia procedury uzyskiwania pozwolenia. Zmian tych nie mogą dokonywać wyłącznie rzeczoznawcy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Konieczny jest udział inżynierów wszystkich specjalności – praktyków.

Każdy nowy publiczny projekt powinien być koreferowany w zakresie wszystkich rozwiązań funkcjonalnych i technicznych. Przyjęte i przedyskutowane zalecenia powinny być obowiązujące. Mogą to wykonywać wynajęci specjaliści.

Wydaje się, że bardzo istotną rolę mógłby odegrać departament inwestycji przy ministrze zdrowia – jednostka gromadząca doświadczenia eksploatacyjne, zalecane wymagania i ewentualnie uczestnicząca w odbiorach dużych inwestycji. Korzyści materialne mogą być ogromne. W czasach błyskawicznego postępu technologicznego nie da się precyzyjnie ustalić wymagań w formie zapisów prawnych. Można jednak efektywnie nadzorować proces inwestycyjny. Sytuacja, w której minister zdrowia precyzuje swoje wymagania, NFZ swoje, a Państwowa Inspekcja Sanitarna swoje, wymusza dodatkowe koszty inwestycyjne.

*Michał Kamiński
Autor jest specjalistą zdrowia publicznego
i chorób oczu, był wiceprezesem NFZ.*