

Wywiad z Andrzejem Różyckim Członkiem Zarządu ENGIE SAR Sp. z o.o.,

ekspertem Pracodawców RP w zakresie szpitalnictwa, szczególnie sal operacyjnych, rzeczoznawcą budowlanym RZE i branżowym PZITS.

Redakcja: Bardzo dziękujemy, że zgodził się Pan na rozmowę.

Redakcja: Od przeszło 20 lat zajmują się Państwo usługami serwisowymi obejmującymi utrzymanie instalacji w wielu polskich szpitalach. Jak ocenia Pan zmiany, które nastąpiły w tym czasie pod kątem jakości środowiska wewnętrznego w szpitalach?

Andrzej Różycki: Świadomość podnoszenia jakości powietrza i zmian w tym kierunku rośnie, ale bardzo nierównomiernie, lepiej jest w dużych akademickich szpitalach, choć i tu jest różnie. W powiatowych szpitalach jest znacznie gorzej. Jeżeli szpitalem zarządza pasjonat dyrektor, znany na oddziale ordynator lub znany kontraktowy operator praktykujący za granicą, szpital zaczyna dbać o jakość powietrza.

Niestety, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia odpowiedzialne za jakość w polskich szpitalach nie ocenia jakości powietrza w szpitalach, a szkoda bo na pewno skutecznie podniosłoby to jej jakość w obiektach leczniczych.

Nie najlepiej, mówiąc delikatnie, dzieje się w nowo budowanych szpitalach. Podstawowym problemem są złe, tanie projekty, monopol Generalnego Wykonawcy, który wykorzystuje luki w prawie budowlanym we własnych interesach, a nie interesach szpitali, a pomaga mu w tym brak procedur odbiorowych z prawdziwego zdarzenia, brak commissioningu, brak wymogu profesjonalnych szkoleń personelu odpowiedzialnego za prawidłową eksploatację infrastruktury technicznej. Brak jest jasnych regulacji prawnych w Prawie Budowlanym ukierunkowanym na funkcjonalność, jako realizację inwestycji, jako cel procesu budowlanego, które by podniosły świadomość Projektanta, Inwestora, Wykonawcy i Użytkownika. Brak jest form docenienia osób wprowadzających innowacyjne rozwiązania a ryzyko związane z kosztami inwestycyjnymi podnoszącymi jakość środowiska wewnętrznego jest wysokie, niedocenione



i niezrozumiałe. Brak jest profesjonalnego odbiorcy usługi po stronie szpitala – eksperta higienisty. Oczywiście jest coraz lepiej, ale to kropla w morzu potrzeb zmian na lepsze. Jestem przekonany na poziomie pewności, że rewolucyjne zmiany na lepsze przyniosą rozwiązania oparte na szpitalach modułowych i jestem ich gorącym orędownikiem.

Redakcja: Bardzo istotnym warunkiem prawidłowego funkcjonowania instalacji wentylacji i klimatyzacji we wszystkich obiektach, a szczególnie obiektach służby zdrowia jest regularne czyszczenie przewodów powietrznych oraz urządzeń. Jak realizacja tego procesu wygląda w polskich szpitalach? Czy mamy skuteczne zapisy prawne i procedury, które pomagają utrzymywać dobrą jakość pod względem czystości urządzeń i instalacji wentylacyjnych i klimatyzacyjnych?

Andrzej Różycki: Realizacja tego procesu wygląda w mojej ocenie słabo lub gorzej niż słabo, prawie nie istnieje. Wiele instalacji wentylacyjnych jest nieprzystosowanych do tego procesu: brak klap rewizyjnych, brak dostępu i inne zagrożenia. Niesprecyzowana jasno procedura definiująca skuteczność czyszczenia, stan zabrudzenia kanałów przed czyszczeniem i oceną stopnia zabrudzenia i skuteczności czyszczenia

mechanicznego i bakteriologicznego. Brak zrozumienia konieczności wyregulowania instalacji po czyszczeniu i traktowanie tego jako „wyciąganie” pieniędzy od Inwestora. Odbiory są uznaniowe więc konieczne jest sparometryzowanie tego procesu. Mamy generalnie dobre, ale martwe zapisy prawne i procedury, które są interpretowane na niekorzyść procesu czyszczenia. Brak zrozumienia, uciążliwe koszty, pracochłonność, brak świadomości użytkownika, to wszystko kosztuje. Brak świadomości kosztu przygotowania i przesyłania czystego powietrza – jednego z najdroższych mediów w szpitalu.

Redakcja: W szpitalach szczególnie trudnym obszarem są bloki operacyjne oraz IOM, w których warunki środowiska wewnętrznego, szczególnie w zakresie temperatury i czystości powietrza wewnętrznego, powinny spełniać najwyższe standardy. Czy Pana zdaniem jakość projektowania, wykonawstwa, a także eksploatacji są na dobrym poziomie?

Andrzej Różycki: Bloki operacyjne w zakresie czystości powietrza to moja wieloletnia pasja, teraz jeszcze wdarły się zanieczyszczenia mikrobiologiczne.

Projektant. Tak jak wspominałem, kuleje projektowanie, poza nielicznymi wyjątkami. Nie projektuje się rozwiązań zapewniających funkcjonalność. Niestety projektant jest wielokrotnie elementem rozgrywki przez Generalnego Wykonawcę, a walka doświadczonego, dobrze opłacanego biura prawnego Generalnego Wykonawcy z Projektantem to nie walka Dawida, ale mrówki z Goliatem. Na dodatek projektowanie automatyki jest piętą Achillesową polskiego projektowania, brak zrozumienia technologii, brak wiedzy, brak zdefiniowanych oczekiwań. Wykorzystywanie mankamentów prawa budowlanego, w myśl zasady, że w Polsce buduje się, aby stało, a nie aby funkcjonowało, nie chroni Projektanta jako twórcy. Brak definicji budownictwa specjalistycznego, brak wymogów commissioningu, brak sparometryzowanej funkcjonalności. Nadużywanie zobowiązań

gwarancyjnych w trakcie eksploatacji na hasło „nie działa”, jest nadużywane przez Użytkownika i generalnego Wykonawcę na nieprawidłowe działanie, które powinno zostać skorygowane już podczas procesu odbiorowego.

Wykonawca. Wykonawca wybrany w procesie przetargowym przez zastosowanie kryterium najniższej ceny zapewnia słabą jakość realizacji, a brak rzetelnie przeprowadzonych prób odbiorowych poszczególnych instalacji w procesie budowlanym, np.: brak prób szczelności kanałów wentylacyjnych czy nieszczelności struktury budowlanej sali operacyjnej, spowoduje negatywne konsekwencje przez wszystkie lata jej użytkowania z niekontrolowanego i szkodliwego wypływu czystego powietrza – tak bardzo kosztownego medium.

Poziom wykonawstwa nie jest zależny od jakości, ale jest zależny od poziomu generowania zysku. W rzeczywistości, nie liczy się funkcjonalność a tylko zysk i to, że uda się zdobyć pozwolenie na użytkowanie i podpisać protokół odbioru wykonanych robót bez prawdziwych prób użytkowych, co niestety staje się standardem.

Serwis i eksploatacja. Jakość obsługi technicznej szpitala też budzi wątpliwości, bo właśnie od tych ludzi zawsze zaczyna się proces oszczędności w szpitalach.

Służby serwisowe odpowiadają za prawidłową funkcjonalność instalacji, niestety przez politykę szukania oszczędności za wszelką cenę, są na niskim poziomie technicznym wynikającym ze źle opłacanej usługi, niejednokrotnie służby te traktowane są na poziomie firm sprzętających. Są wyjątki, ale wówczas kiedy świadomość dyrekcji szpitala w zapewnieniu bezpieczeństwa funkcjonalnego i polityka optymalizacji w zużyciu czynników energetycznych jest na znacznie wyższym poziomie.

Wysoko wyspecjalizowana kadra techniczna naprawdę potrafi zarabiać i oszczędzać pieniądze dla szpitala w tworzeniu procesów optymalizacji zużycia różnych form energii i to skutecznie, ale za wiedzę, doświadczenie i odwagę w zarządzaniu ryzykiem trzeba zapłacić, a na to szpitali nie stać.

Redakcja: Będąc w szpitalach można odnieść wrażenie, że wiele robi się w zakresie poprawy jakości powietrza wewnętrznego w obszarach pomieszczeń specjalistycznych, natomiast sale chorych są jakby zapomniane w tym zakresie. Czy to jest rzeczywisty obraz?

Andrzej Różycki: Faktem jest, że robi się coraz więcej w obszarze pomieszczeń specjalistycznych, ale głównie dlatego, że specjalistyczne pomieszczenia mają sparametryzowane warunki

klimatyczne i czystość powietrza, które łatwo pomierzyć i stwierdzić, że są lub ich nie ma. Wymaga tych warunków producent urządzeń specjalistycznej aparatury medycznej lub procedura medyczna lub laboratoryjna. W obsłudze pomieszczeń specjalistycznych znaczącą funkcję pełnią serwisy zewnętrzne a wymagania techniczno-gwarancyjne chronią zakupione urządzenia specjalistyczne wymaganiami jakościowej obsługi. A sale chorych? Tam jest znacznie gorzej, kłania się znowu polityka oszczędności – ma wyglądać czysto, a bezpieczne dla pacjenta powietrze, po co, przecież tego nie widać a sporo kosztuje. Systemy wentylacyjno-klimatyzacyjne zapewniające komfort szpitalny, wspomagają pacjenta i ułatwiają szybki powrót do zdrowia, niestety są niejednokrotnie odkładane na później ze względu na wysokie koszty. Tak zgadzam się, to smutna rzeczywistość.

Redakcja: Z jednej strony służba zdrowia boryka się z dużym deficytem środków finansowych, a z drugiej strony wyposażenie techniczne obiektów medycznych jest coraz bardziej zaawansowane technologicznie i wymagające kosztowo. Czy ta rozbieżność jest widoczna z Pana perspektywy?

Andrzej Różycki: Tak i to bardzo dużo dysproporcji, zakupy celowe dotyczące konkretnych projektów, często dofinansowywanych przez Ministerstwo, Unię Europejską, prywatnych fundatorów.

Sporządzone jako projekty docelowe, często są elementem incydentalnym, (nie wchodzące w politykę całościowej modernizacji szpitala) często zakłócają też działanie infrastruktury technicznej, która ma wspomagać dane urządzenie lub pomieszczenie zgodnie z wymaganiami dostawcy urządzeń. Oczywiście te urządzenia są bardzo potrzebne szpitalom, ale brak spójności z istniejącą infrastrukturą, albo z planami modernizacyjnymi powoduje, że wielokrotnie, te kosztowne urządzenia nie są wykorzystywane nawet w 60%.

Brak zrównoważonego procesu modernizacji w szpitalach to jeden z głównych problemów stabilnego funkcjonowania szpitali, bo gdy są pieniądze trzeba je wydać, jak najszybciej bo je stracimy, gdy ich brakuje to zaoszczędzamy zwalniając kilka osób, najlepiej z działu technicznego.

Redakcja: Jakimi doświadczeniami, wynikającymi z dalszego utrzymania szpitali, chciałby Pan podzielić się z projektantami? Na co powinni zwrócić szczególną uwagę w procesie projektowania?

Andrzej Różycki: Odpowiedzialność za wynik procesu projektowego,

to świadomość, że zaprojektowane instalacje mogą chronić zdrowie pacjenta i personelu medycznego, to jest świadomość, że twórca projektuje nie instalacje czy system, ale projektuje wynik ich prawidłowej pracy gwarantującej parametry konieczne do zapewnienia bezpieczeństwa funkcjonalności szpitala przy wymogu zrównoważonej efektywności energetycznej. Świadomość, że zapewnienie czystości to wyprodukowanie czystego powietrza i dostarczenie bez strat w miejsce docelowe. Świadomość, że projektujemy systemy z jednym z najdroższych i nieprzewidywalnych do końca w procesie dystrybucji mediów w szpitalu, a ile kosztuje powietrze w szpitalu w okresie kilkunastoletniej eksploatacji – naprawdę duże pieniądze. Podsumowując, zawsze świadomość celu – funkcjonalność i jego pochodne.

W przetargu obowiązkowe w SWZ, trzeba określić kryteria jakościowe projektowania i wyeliminować kryterium najniższej ceny a najtańsze oferty należy odrzucić jako nierzetelną ofertę. Dobry projekt musi kosztować dobre pieniądze.

Redakcja: Jakie widzi Pan perspektywy rozwoju instalacji w szpitalach w kontekście najbliższych lat?

Andrzej Różycki: Chciałbym widzieć zrównoważony rozwój dla szpitali spełniających lub zabiegających o spełnienie kryteriów/standardów europejskich. Pod pojęciem zrównoważonego rozwoju rozumiem zapewnienie bezpieczeństwa funkcjonalności, sparametryzowane wyniki funkcjonalności (umowy SLA dla obszarów krytycznych), rozsądna polityka optymalizacji zużycia energii i efektywność energetyczna, a w szczególności kruczata dotycząca świadomości ile kosztuje czyste powietrze w szpitalach i jak je zapewnić w miejscach docelowych z minimalnym kosztem własnym. Należy pochylić się nad kosztami eksploatacji poprzez planowane zarządzanie wszelkimi formami zużycia energii przez monitoring realizowany przez specjalistów i analizę ich zużycia. Przyszłość nowoczesnego szpitala to budowa języka Business Continuity pomiędzy służbami technicznymi, medycznymi, a dyrekcją szpitala i innymi płatnikami danej usługi. Wszystko to będzie można spotkać w koncepcji szpitali modułowych.

Myślę, że właśnie szpitale modułowe będąc najlepszym rozwiązaniem organizacyjno-technicznym tak, jak już wspominałem wcześniej będą skuteczną, elastyczną odpowiedzią na zapotrzebowanie lecznictwa w Polsce i będą dostosowywały się do zmian wynikających z podnoszenia standardów jakości świadczenia usług medycznych.

Dziękujemy za rozmowę.