

Polskie prawo szkodzi sprawie dostosowania standardów do norm europejskich

# Paragraf 53



rys. Olga Reszelska

Byłoby absurdem, gdyby osoba nieposiadająca garnituru uszyła go w stylu modnym kilkanaście lat temu, a następnie przerabiała, aby był zgodny z najnowszymi trendami. Kuriozalne jest to, że w służbie zdrowia tak się właśnie dzieje. Zezwała na to zapis § 53 rozporządzenia o higienie w ochronie zdrowia.

Należy założyć, że intencją Ewy Kopacz przy podpisywaniu rozporządzenia ministra zdrowia z 10 listopada 2006 r. (Dz.U. 06.213.1568) było nie tylko określenie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, ale również podniesienie bezpieczeństwa i standardu usług medycznych świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej. W 57 paragrafach uzupełnionych ośmioma załącznikami minister zdrowia ujednolica wymagania w stosunku do wszystkich rodzajów placówek służby zdrowia oraz określa sposób i czas ich dostosowania do

nowych norm. Moją szczególną uwagę zwrócił zapis § 53, który był nowelizowany 15 lutego 2008 r. (Dz.U. 08.30.187).

## Litera prawa

Dla przejrzystości moich rozważań i wygody Czytelnika zacytuję pełne brzmienie tego paragrafu:

*§ 53.1. Zakład opieki zdrowotnej:*

- 1) *prowadzący działalność w dniu wejścia w życie rozporządzenia,*
- 2) *który po dniu wejścia w życie rozporządzenia będzie prowadził działalność w pomieszczeniach, w których*

12 miesięcy przed tym dniem prowadził działalność: inny zakład opieki zdrowotnej, indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, grupowa praktyka lekarska, indywidualna praktyka pielęgniarek, położnych lub grupowa praktyka pielęgniarek, położnych,

– niespełniający wymagań określonych w jego przepisach, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do 31 grudnia 2012 r.

2. Kierownik zakładu, o którym mowa w ust. 1, przedstawi do 30 czerwca 2012 r. organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 12 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, program dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia, zwany dalej „programem”, zaopiniowany przez właściwego inspektora sanitarnego, a w odniesieniu do szpitali – przez państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

3. W odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez:

1) ministra właściwego do spraw wewnętrznych – program opiniuje państwowy inspektor sanitarny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;

2) ministra obrony narodowej – program opiniuje wojskowy inspektor sanitarny.

4. Pomieszczenia, których budowę rozpoczęto i nie zakończono przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, niespełniające wymagań określonych w jego przepisach, zostaną dostosowane do tych wymagań do 31 grudnia 2012 r.

5. Przepisy ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio do pomieszczeń, o których mowa w ust. 4.

Obowiązany do przedstawienia programu jest kierownik zakładu opieki zdrowotnej, a w razie braku kierownika – inwestor.

### Cel chybiony

Jak widać, paragraf ten wskazuje terminy dostosowawcze dla zakładów opieki zdrowotnej, które wcześniej prowadziły działalność medyczną, a po wejściu w życie rozporządzenia nie spełniały nowych, wyższych wymagań fachowych i sanitarnych. Określa również procedurę postępowania opierającą się na tzw. programie dostosowania zaopiniowanym przez właściwe instytucje państwowe. Należy rozumieć, że istniejącym zakładom opieki zdrowotnej, wobec których zastosowano bardziej restrykcyjne przepisy fachowe i sanitarne, dano czas, aby przepisy te wdrożyć i stosować w statutowej działalności medycznej. Na pierwszy rzut oka wydawałoby się, że wszystko jest w porządku, ale – niestety – tak nie jest. Powodów jest kilka.

Po pierwsze, rozporządzenie ministra zdrowia z 10 listopada 2006 r. przewiduje możliwość skorzystania z „programu dostosowania” jedynie przez zakłady funkcjonujące przed dniem wprowadzenia rozporzą-

dzenia. Należy rozumieć, że zakłady opieki zdrowotnej powstałe po 10 listopada 2006 r. muszą spełniać wszystkie nowe wymagania już od pierwszego dnia działalności. Tymczasem nie ma żadnych przesłanek przy stosowaniu zasady równego traktowania wobec prawa, aby inne zasady obowiązywały „stare”, a inne „nowe” zakłady opieki zdrowotnej. Istniejące wcześniej placówki służby zdrowia również nie powinny mieć prawa do korzystania z „okresu dostosowania”, według takich samych zasad jak zakłady powstałe po 10 listopada 2006 r.

Po drugie, skoro funkcjonujące zakłady opieki zdrowotnej mają 6 lat na dostosowanie pomieszczeń do wymagań zawartych w rozporządzeniu, to założone podniesienie standardów i bezpieczeństwa usług medycznych przez cały okres dostosowawczy staje się fikcją.

„ Nie ma żadnych przesłanek przy stosowaniu zasady równego traktowania wobec prawa, aby inne wymagania obowiązywały stare, a inne nowe zakłady opieki zdrowotnej ”

Jeżeli istniejący przed 2006 r. zakład zechce przekształcić np. salę zabiegową utworzoną przed laty na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 21 września 1992 r. oraz z 22 czerwca 2005 r. w salę operacyjną, to korzystając z uprawnień nadanych „starym” zakładom, może to uczynić bez dokonywania jakichkolwiek prac adaptacyjnych i dostosowawczych. W majestacie prawa w zwykłej sali zabiegowej będą mogły być wykonywane skomplikowane operacje, bo pomimo że sanepid w swoim postanowieniu zapisze, że „sala operacyjna” nie spełnia warunków fachowych i sanitarnych do przeprowadzania zabiegów operacyjnych, to równocześnie wskaże, że istnieje „program dostosowania”, według którego po 6 latach sala zabiegowa będzie przekształcona w salę operacyjną. Tak więc – zgodnie z przepisami zawartymi w rozporządzeniu ministra zdrowia z 2006 r. – sala zabiegowa zostanie wpisana do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez właściwego wojewodę jako sala operacyjna.

### Gra na zwłokę

Zastanawiające jest również, że posiadanie „programu dostosowania” nie obliguje w żaden sposób zainteresowanych zakładów opieki zdrowotnej do wdroże-

nia tego programu w wyznaczonym czasie. Może się zatem okazać, że po zakończeniu okresu wyznaczonego na wprowadzenie określonych w programie zmian zainteresowana jednostka odstąpi od jego wdrożenia. Ze względu na to, że daty realizacji „programów dostosowania” są sukcesywnie przesuwane na coraz odleglejsze terminy (początkowo był to koniec roku 2010, następnie 2012, a obecnie szykowana jest kolejna nowelizacja rozporządzenia ministra zdrowia, przesuwająca ten termin na rok 2016), może się okazać, że wiele powstających komórek organizacyjnych w „starych” zakładach funkcjonuje według „starych” przepisów z niezobowiązującymi planami wprowadzenia zmian w nieokreślonej przyszłości.

### Reakcja ministerstwa

A co na to wszystko Ministerstwo Zdrowia? Z korespondencji prowadzonej w tej sprawie z Departamentem Organizacji Ochrony Zdrowia wynika, że resort nie zna zapisu § 53 rozporządzenia ministra

„ Zastanawiające jest, że posiadanie programu dostosowania nie obliguje w żaden sposób zakładów opieki zdrowotnej do wdrożenia tego programu w wyznaczonym czasie ”

zdrowia z 2006 r. Pozwolę sobie zacytować fragment listu, który otrzymałem z Departamentu Ochrony Zdrowia w przedmiotowej sprawie:

*Zakłady opieki zdrowotnej, które tworzą nowe komórki organizacyjne (w wypadku gdy pomieszczenia, w których są tworzone, nie spełniają wyżej wymienionych wymagań), mogą objąć programem pomieszczenie tychże. W wypadku zastosowania odmienniej interpretacji przepisów rozporządzenia mogłaby zaistnieć sytuacja, że nowo powstały zakład opieki zdrowotnej (w pomieszczeniach niespełniających wymagań i objętych programem dostosowania) mógłby swobodnie kształtować swoją strukturę organizacyjną, natomiast zakład istniejący przed wejściem w życie rozporządzenia nie mógłby utworzyć nowej komórki organizacyjnej (w pomieszczeniach niespełniających wyżej wymienionych wymagań).*

Czytając powyższe uzasadnienie, należy zwrócić uwagę, że zapis: ...nowo powstały zakład opieki zdrowotnej (w pomieszczeniach niespełniających wymagań i objętych programem dostosowania) mógłby swobodnie kształtować swoją strukturę organizacyjną – jest błędny, gdyż zgodnie z rozporządzeniem taki zakład nie ma prawa korzystać z „programu dostosowania”. Jego swo-

boda w kształtowaniu struktury organizacyjnej nie wynika z posiadania takiego programu, lecz z faktu, że każda komórka organizacyjna „nowego” zakładu musi spełniać wymogi rozporządzenia już w chwili rozpoczęcia działalności. Bezpodstawne jest również twierdzenie, że ...zakład istniejący przed wejściem w życie rozporządzenia nie mógłby utworzyć nowej komórki organizacyjnej (w pomieszczeniach niespełniających wyżej wymienionych wymagań). Mógłby to czynić zupełnie swobodnie, ale każda nowa komórka powstała po roku 2006 musiałaby, podobnie jak w wypadku zakładów nowo tworzonych, od razu spełniać wszystkie wymagania rozporządzenia ministra zdrowia z 10 listopada 2006 r. W przeciwnym wypadku dochodziłoby do absurdów – nowa komórka organizacyjna w „starych” zakładach opieki zdrowotnej byłaby tworzona najpierw według przepisów sprzed 2006 r., potem opracowywano by „program dostosowania”, a na końcu nadawano by jej formę odpowiadającą obowiązującym przepisom.

Wyobraźmy sobie, że posiadacz starego garnituru chce mieć garnitur uszyty zgodnie z najnowszymi trendami mody. Wówczas idzie do krawca i niemodny garnitur przerabia. Takie działanie jest zrozumiałe i uzasadnione. Absurdem byłoby natomiast, gdyby osoba nieposiadająca garnituru uszyła go w stylu modnym kilkanaście lat temu, a następnie przerabiała, aby był zgodny z najnowszymi trendami. Kuriozalne jest to, że w służbie zdrowia tak się właśnie dzieje. Zezwala na to zapis §53 rozporządzenia.

### Szkoda

Co więcej, wprowadzenie dla „starych” zakładów okresu dostosowawczego nie tylko nie wymusza na nich podnoszenia standardów usług, ale wręcz pozwala na ich obniżanie, gdyż nie są zobligowane do wypełniania nie tylko wymagań wskazanych w rozporządzeniu z 2006 r., ale nawet tych z roku 1992 czy 2005. Pozwala im na to posiadanie „programu dostosowania”, który – jak wcześniej wspomniano – nigdy nie musi być zrealizowany.

Zakłady opieki zdrowotnej wymagają istotnych zmian pod względem wymagań fachowych i sanitarnych, co pozwoliłoby na podniesienie standardu usług medycznych. Leży to w interesie pacjentów oraz personelu medycznego. Zmiany te powinny być wprowadzane w placówkach zarówno państwowych, jak i niepublicznych. Forma własności nie może mieć żadnego znaczenia i żadna z nich nie może być uprzywilejowana. Rozporządzenie ministra zdrowia z 10 listopada 2006 r. miało być impulsem do wprowadzenia takich zmian i wskazywać ich charakter. Niestety, nieprzemyślany zapis §53 spowodował przeciwny do zamierzonego skutek. Miało być tak dobrze, a wyszło jak zwykle.

Mariusz Skibiński