

Skutki nowego rozporządzenia techniczno-sanitarnego

Z deszczu pod rynnę



Od 26 lutego 2011 r. obowiązuje nowe rozporządzenie dotyczące wymagań lokalowych szpitali. Niektórzy twierdzą, że to słuszna „liberalizacja” dotychczasowych „konserwatywnych” zapisów. Są i tacy, którzy uważają, że rozporządzenie to zbliża nas do Europy. Inni natomiast, że jest niebezpieczne dla zachowania reżimu sanitarnego. A może w procedurze tworzenia prawa wpadliśmy z deszczu pod rynnę?

fot.: iStockphoto

Jedno z najważniejszych rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie funkcjonowania szpitali i przychodni dotyczy wymagań – pod względem fachowym i sanitarnym – wobec pomieszczeń i urządzeń zakładu opieki zdrowotnej. Bardzo sztywne, wręcz linijkowe zapisy, ile centymetrów od ściany mają być zamontowane kaloryfery, były powszechnie krytykowane. Nawet zasada „3 m ± 5%” odnosząca się do wysokości pomieszczenia miała wielu przeciwników. Im starszy budynek, tym większa krytyka. I z punktu widzenia osób zarządzających byłymi pruskimi budowlami lub wzniesionymi tuż po II wojnie światowej – nie ma co się dziwić. Z punk-

tu widzenia pacjenta, zwłaszcza tego, który przychodzi na zabieg planowy, również nie można się dziwić, że „kupuje usługę okiem”. Przecież osoby zarządzające także ominą szerokim łukiem zakład fryzjerski z podłogą pamiętającą towarzysza Gierka.

Dotychczas w branży po wydaniu kolejnej nowelizacji z podaniem terminu dostosowania lokali szpitalnych do wymagań zadawano sobie jedno pytanie: kiedy zmieni się minister i ustali nową datę. To permanentne przesuwanie terminu spowodowało, że coraz mniej osób przejmowało się skutkami niezastosowania się do tego aktu wykonawczego. Przecież zawsze można było napisać pro-

gram dostosowawczy z zaznaczeniem, że zostanie on zrealizowany blisko terminu „ostatecznego”. Dlaczego wyraz „ostateczny” wziąłem w cudzysłów? Bo termin ten jest wciąż przesuwany.

Magiczne przepisy unijne

Zapoznając się z nowymi aktami prawnymi, zawsze czytam uzasadnienie do nich. Nie tylko to polityczne,

„ Po co się martwić, przecież wydłużony został termin dostosowania. Nowa data to 31 grudnia 2016 r., a więc po drodze mamy szansę na dwóch kolejnych ministrów zdrowia i dwa nowe terminy ”

ale również standardowe, czyli w punktach wymienioną ocenę skutków regulacji. Czytając jedno i drugie, dochodzimy do wniosku, że regulacja tego rozporządzenia nie jest objęta prawem Unii Europejskiej. A zatem, jeśli ktokolwiek mówi, że trzeba przebudować szpital, żeby dostosować go do wymogów UE, warto zapytać o numer i datę odpowiedniej dyrektywy czy rezolucji, na którą się powołuje. I... nastąpi głucha cisza. Chyba że ma na myśli „Guidelines for Design and Construction of Health Care Facilities”, czyli międzynarodowe wytyczne. Wytyczne odnoszące się do projektowania i budowy budynków zakładów opieki zdrowotnej opracowywane przez

wielodyscyplinarny zespół specjalistów (architektów, inżynierów i pracowników ochrony zdrowia). Wytyczne, ale nie prawo.

Rezygnacja ze szczegółowych uregulowań

Dlaczego zrezygnowano ze „szczegółów” w nowym rozporządzeniu? Przeczytajmy uzasadnienie, w nim bowiem minister napisała: „W omawianym projekcie zrezygnowano ze szczegółowego regulowania zagadnień ogólnobudowlanych, które w wystarczający i jednolity sposób uregulowane są w ogólnych przepisach prawa budowlanego, a zwłaszcza w rozporządzeniu ministra infrastruktury (...)”.

I dalej czytam w uzasadnieniu: „Ponadto odstąpiono od określania wymagań odnośnie powierzchni poszczególnych pomieszczeń (...), gdyż w wielu przypadkach utrudnia to racjonalne wykorzystanie przestrzeni zakładu opieki zdrowotnej. Powyższe zagadnienia regulowane są w rozporządzeniu ministra zdrowia z 10 listopada 2006 r., co powoduje, że dublują się z przepisami budowlanymi”.

Wysokość pomieszczeń

Przy okazji do przepisów ogólnobudowlanych odesłano również kwestię wysokości pomieszczeń w zakładach opieki zdrowotnej i tak dalej. Sięgnijmy więc do wspomnianego w uzasadnieniu rozporządzenia ministra infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 75, poz. 690 z późn. zm.) i przeanalizujmy kwestię wysokości. Przepis brzmi następująco: „§ 72. 1. Wysokość pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi powinna odpowiadać wymaganiom określonym w poniższej tabeli, jeżeli przepisy odrębne, w tym dotyczące pomieszczeń pracy i pomieszczeń służby zdrowia, nie określają innych wymagań (...)”.

Skoro minister zdrowia zrezygnowała z określania wysokości pomieszczeń w zakładach opieki zdrowotnej, to nie ma już odrębnych przepisów dla zakładów opieki zdrowotnej.

Nowy termin

Po co się martwić, przecież wydłużony został termin dostosowania. Nowa data to 31 grudnia 2016 r., a więc po drodze mamy szansę na dwóch kolejnych ministrów zdrowia i dwa nowe terminy. Wystarczy napisać nowy program dostosowawczy. Zgodnie bowiem z § 40 ust. 2 omawianego rozporządzenia: „Kierownik zakładu (...) przedstawi do 30 czerwca 2012 r. organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa (...), program dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach niniejszego rozporządzenia (...)”.

Zwracam tutaj uwagę, że program dostosowawczy dotyczy tylko tych regulacji, które zostały zawarte w rozporządzeniu minister zdrowia. Powstaje szekspirowski dyalemat: pisać nowy program czy nie pisać? Oto jest pytanie.

„ Jeśli ktokolwiek mówi, że trzeba przebudować szpital, żeby dostosować go do wymogów UE, to warto zapytać o numer dyrektywy, na którą się powołuje. I... nastąpi głucha cisza. Bo takiej dyrektywy nie ma ”

Sięgnijmy do starych, zaakceptowanych programów i przeanalizujmy, co tam obiecaliśmy zrobić. Następnie sprawdzmy, czy to jeszcze jest regulowane przez ministra. Musimy bowiem pamiętać, że program dostosowawczy nie dotyczy już wymaganej powierzchni czy też wysokości pomieszczeń oraz innych, „które w wystarczający i jednolity sposób uregulowane są w ogólnych przepisach prawa budowlanego, a zwłaszcza w rozporządzeniu ministra infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (...)”.

Czy warto więc pisać nowy program? To podstawowe pytanie kierującego zakładem opieki zdrowotnej.

Skutki finansowe

Wróćmy do lektury uzasadnienia do nowego rozporządzenia. W ocenie skutków regulacji jest znamienne punkt 3 – wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Lektura tego punktu jest bardzo ważna, więc pozwolę sobie go zacytować w całości: „Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na wydatki

„ Nie jest już potrzebna droga brudna na bloku operacyjnym. Wystarczy, że *brudy* wyjadą z niego za pacjentem w odpowiednich pojemnikach ”

publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego, związanych z dostosowaniem pomieszczeń i urządzeń do nowych wymagań. Zakres koniecznych dostosowań w poszczególnych zakładach będzie znany dopiero po sporządzeniu programów dostosowawczych. Z uwagi na bardzo dużą liczbę podmiotów tworzących publiczne zakłady opieki zdrowotnej (ok. 2500 podmiotów – gminy, powiaty, województwa, publiczne uczelnie medyczne), trudne jest osza-

cowanie kosztów dostosowania zakładów do nowych wymagań. Ponadto w poszczególnych częściach kraju zakresy dostosowania, jak i ceny usług budowlanych i remontowych znacznie się różnią. Reasumując, należy zauważyć, że koszty dostosowania do wymagań określonych w projektowanym rozporządzeniu będą niższe niż dostosowanie do wymagań obecnie obowiązujących.”

Zacznijmy od ostatniego zdania. Skąd wiadomo, że dzięki nowemu rozporządzeniu będzie taniej, skoro nie można obliczyć jego skutków finansowych?! Głupie pytanie, przecież większość przepisów wyrzucono do innego ministerstwa, to oni niech liczą skutki dla sektora finansów publicznych.

Czy będzie to miało wpływ na budżety samorządu terytorialnego? Tak, będzie miało, ale jest ich tak dużo, że nie ma sensu liczyć. A jak napiszą nowe programy, to wyjdzie przecież mniej. Mniej odnośnie do przepisów minister zdrowia. Bo przecież nie jest już potrzebna droga brudna na bloku operacyjnym. Wystarczy, że „brudy” wyjadą z niego za pacjentem w odpowiednich pojemnikach. A łóżka będą bliżej siebie, bo personel jest szczupły i dzięki temu odstęp między łózkami umożliwi swobodny dostęp do pacjentów. Tylko co zrobić z tymi salami chorych „na strychu”, które nie mają wysokości wymaganej w rozporządzeniu ministra?

Wnioski

Nowe rozporządzenie wiele kwestii „przerzuca” do ogólnych przepisów budowlanych. Jest to z jednej strony słuszne porządkowanie polskiego prawa, ale z drugiej strony zmniejszenie zakresu zastosowania „wyjścia awaryjnego”, jakim były programy dostosowawcze. Biorąc pod uwagę, że w większości wypadków szpitale znajdują się w budynkach powstałych w pierwszej połowie ubiegłego wieku, można mieć uzasadnione obawy, czy spełniają one wymagania ogólnobudowlane bez szczegółowych „wyjątków” dotyczących zakładów opieki zdrowotnej.

Wniosek z punktu widzenia pacjenta jest taki: tyle mówimy i piszemy o odległości między łózkami czy wysokości pomieszczeń, a ja i wielu innych pacjentów moglibyśmy już zrozumieć te wieloosobowe sale chorych, skośne ściany albo jedną łazienką na końcu korytarza w publicznym szpitalu. Byle tylko szpital miał sprawny i automatycznie włączający się agregat prądowłoczy, moje dane gromadzone na szpitalnym serwerze były prawidłowo zabezpieczone, a gdy skażona będzie woda publiczna, szpital włączy drugie źródło.

Wniosek z punktu widzenia samorządu terytorialnego: samorządzie, jeśli koszty dostosowania są wysokie, a możliwości pozyskania pieniędzy na ich pokrycie ograniczone, to... pozostaje tylko jedno! Sprzedać szpital teraz, dopóki jeszcze jest cokolwiek wart, a nie „za pięć dwunasta, za pięć groszy”.

Wojciech Balicki
Autor współpracuje z kancelarią radcy prawnego
Krzysztofa Zedlewskiego