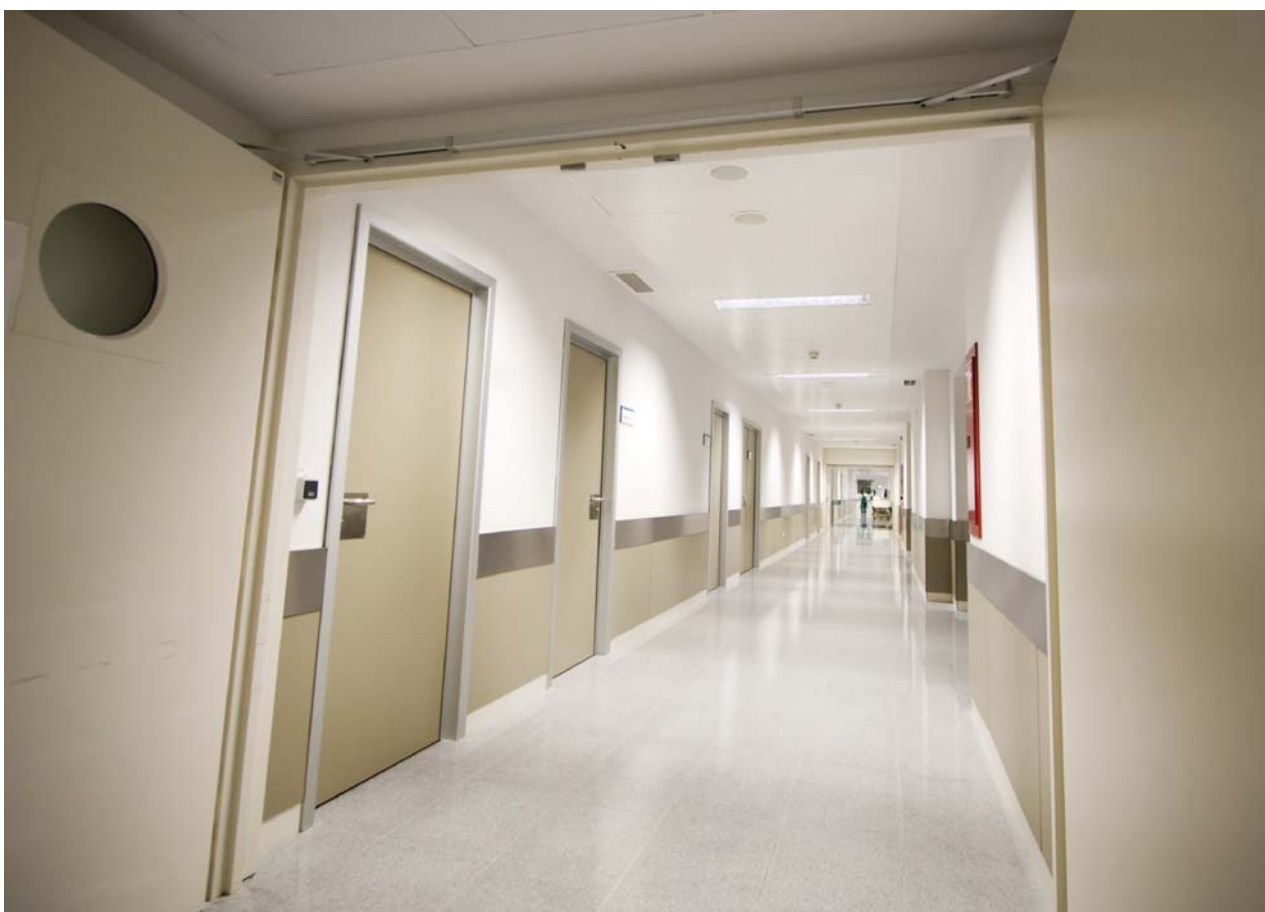


Zapraszamy do debaty nad projektem nowych regulacji sanitarnych

Rozporządzenie sanacyjne

Piotr Warczyński



for: iStockphoto

Rozpoczyna się proces legislacyjny dotyczący nowych regulacji sanitarnych, higienicznych i fachowych dla szpitali. Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt aktu prawnego, który w lipcu skierowany zostanie do konsultacji. Prezentujemy jego założenia.

Na podstawie ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w 1992 r. ówczesny minister zdrowia i wtedy jeszcze opieki społecznej (od 1997 r. tylko minister zdrowia, czego większość naszych obywateli i niektórzy eksperci do tej pory nie zauważyli) określił wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej. Poprzeczka została ustawiona bardzo wysoko.

Projektantom i dyrektorom zakładów nie pozostawiono prawie żadnej swobody twórczego myślenia i rozwoju, jednoznacznie określając wszelkie parametry wysokości, szerokości i powierzchni, szczegółowo regulując każdy obszar określony w delegacji do rozporządzenia.

Poprawianie prawa

W pierwszym odruchu większość czytelników tego artykułu wyrazi dezaprobatę dla niezyciowych założeń tamtej regulacji. Jednak wszyscy zapominamy, że wymagania zostały stworzone dla systemu budżetowego w czasach, gdy właścicielami zakładów opieki zdrowotnej byli wojewodowie i kilku ministrów z *ministrem – do spraw kolei* jak dzisiaj byśmy go nazwali – łącznie. To właśnie państwo miało sfinansować wysokie wymagania, to z budżetu państwa miały pochodzić pieniądze na dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej. Dzisiaj większość z nas ma świadomość, że fundusze budżetowe są częścią naszych przychodów, które *oddajemy* państwu, ale w tamtych czasach nie było to tak powszechnie rozumiane. Nikt z twórców omawianej regulacji, nowelizując daty okresu dostosowawczego (bo praktycznie i formalnie nikt nie spełniał wszystkich wymagań), nie przypuszczał, że kolejni reformatorzy systemu ochrony zdrowia za kilka lat zrezygnują z systemu budżetowego i wprowadzą system ubezpieczeniowy, a rok wcześniej w zakresie organizacji świadczeniodawców system samorządowy, które to systemy z zasady nie mogą ze sobą dobrze współpracować.

Nadzór samorządu

Likwidacja kas chorych i wprowadzenie monopolistycznego płatnika niczego w tej dysproporcji nie zmieniły. Wynikiem tych działań było przejście nadzoru właścicielskiego nad większością zakładów opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. Jednak wymagania *fachowe i sanitarne* (pierwotnie skierowane do budżetu) pozostały niezmienione, a samorządy nie uzyskały praktycznie żadnych pieniędzy na ich spełnienie. Należy zwrócić uwagę, że także ustawowe zasady finansowania przez NFZ wyłącznie świadczeń zdrowotnych uniemożliwiają wykorzystywanie tych funduszy na działania modernizacyjne i budowlane. Do czego po latach prowadzi tak zaprojektowany system, jest pytaniem czysto retorycznym. Kolejne nowelizacje rozporządzenia, znacząco łagodzące pierwotne wymagania i przesuwające termin dostosowawczy, nie spełniały oczekiwań zarówno twórców regulacji, jak i świadczeniodawców. Głównym powodem był niedobór pieniędzy, ale także fakt, że część zakładów nie będzie w stanie nigdy spełnić większości podstawowych wymagań i to nie tylko zawartych w regulacji ministra zdrowia, ale również ogólnobudowlanych ministra infrastruktury i przepisów dotyczących bezpieczeństwa przeciwpożarowego.



foto: archiwum

Krzysztof Tuczapski,
prezes Zamojskiego Szpitala
Niepublicznego

Projekt nowelizacji, który przedstawiło do konsultacji Ministerstwo Zdrowia, jest jak najbardziej potrzebny. Tryb konsultacji świadczy o tym, że resort chce być elastyczny i szuka rozwią-

zań, które doprowadzą do osiągnięcia oczekiwanych celów przy jak najmniejszych wydatkach. To bardzo istotne w dobie pogłębiającej się recesji gospodarczej oraz braku jasnych perspektyw finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w II półroczu 2009 r. i w latach następnych.

Po analizie projektu nasuwają się następujące wnioski:

1. Poprawki ujęte w rozporządzeniu likwidują w znacznym stopniu kłopotliwe dla zakładów opieki zdrowotnej ściśle określenia powierzchni i wymiarów. Usunięcie zapisów o minimalnych powierzchniach gabinetów zabiegowych, sal chorych, odstępach między łózkami i pozostawienie ogólnych zapisów dotyczących funkcjonalności tych pomieszczeń jest jak najbardziej zasadne i logiczne.
2. Projekt przewiduje likwidację zapisów określających sposób wyliczenia liczby urządzeń sanitarnych, konieczność zapewnienia pomieszczeń do przygotowywania lub dystrybucji posiłków itp., co zapobiegnie likwidacji sal chorych po to, by je przeznaczyć na pomieszczenia pomocnicze. Nie spowoduje to więc zmniejszenia liczby łóżek w szpitalu i tym samym wydłużenia kolejek pacjentów. Decyzja jak najbardziej słuszna.
3. Złagodzone również wymagania wobec bloków operacyjnych, m.in. poprzez wykreślenie zaleceń dotyczących powierzchni minimalnej. Jest to jedna z ważniejszych zmian, gdyż umożliwi funkcjonowanie wybudowanych wcześniej bloków operacyjnych, których wymiary nieznacznie mogły odbiegać od zalecanej powierzchni minimalnej. Nie spowoduje to paraliżu oddziałów zabiegowych. Dobry pomysł.
4. Kwestia okresu dostosowawczego – koniec 2012 r. Czy ten termin jest nadal obowiązujący? To powinno być przedmiotem debaty i dyskusji.

W tym miejscu nie mogę się powstrzymać od wskazania niekonsekwencji powszechnego myślenia, które nie akceptuje korzystania np. ze szkół, restauracji, kin lub jakichkolwiek innych budynków użyteczności publicznej, które nie gwarantowałyby bezpieczeństwa przeciwpożarowego lub epidemiologicznego. Tymczasem w sytuacjach, gdy chodzi o nasze zdrowie i życie, czyli wtedy, gdy jesteśmy hospitalizowani, akceptujemy, że łatwiej w takiej placówce zarazić się żółtaczką zakaźną niż w salonie tatuażu, nie mówiąc o tym, że w szpitalu niespełniającym wymagań mamy niewielkie szanse na ratunek, np. w przypadku pożaru.



foto: archiwum

Tomasz Sadrzak,
SK-PROJEKT Sp. z o.o.

Planowana modyfikacja rozporządzenia polega głównie na wykreśleniu występujących w poprzednich edycjach parametrów. Analizując kolejne etapy zmian treści rozporządzenia od roku 1992, dość łatwo można za-

uważyć pewną tendencję – za każdym razem redukowany jest opis danych wielkościowych i ilościowych. W obecnie proponowanej wersji zmian widzimy wyraźny postęp w tym zakresie.

Działanie takie, idąc w zgodzie z zasadą *mniej zapisów – mniej bzdur*, mogłoby cieszyć, jednak... nie jest to takie proste. Bo zaraz gdzieś wychodzą braki poszukiwanych przez rzeczoznawców twardych zasad, których chęć wymagania jest tak nieodparta, że naturalną staje się zasada odwoływania się przy opiniowaniu dokumentacji do wcześniej określonych parametrów.

Projektowanie obiektów medycznych rozpoczyna się od programu obiektu – w szczególności programu medycznego, nazywając w ten sposób fundamentalne założenia eksploatacji. W kolejnych fazach przyjmowane są dalsze uszczegółowienia rozwiązań, następujące wskutek wcześniej ustalonych założeń. Aby ten proces przebiegał prawidłowo, niezbędne są ustalenia podstawowych standardów, w tym np. fachowego nazewnictwa.

Tymczasem rozporządzenie nigdy nie określało ani nie odwoływało się do definicji podstawowych standardów, być może dlatego, że zbyt szczegółowo zaczęto zajmować się zagadnieniem w wydaniu z roku 1992. Nie odwołuje się do nich się także obecny projekt. Obawiam się, że proponowane w rozporządzeniu zmiany, wprowadzające kuszące uproszczenia, spowodują kolejny raz chaos w stabilizującej się, choć niepoprawnej materii przepisów.

Trzeba wielkich pieniędzy

Oczywiste jest, że bez odpowiednich funduszy, pozwalających na przeniesienie szpitali z budynków XVII–XVIII-wiecznych do nowo wybudowanych, nigdy tego nie dokonamy! Według jednej

„ W szpitalu niespełniającym wymagań mamy niewielkie szanse na ratunek, np. w przypadku pożaru ”

z doktryn *amerykańskich*, średni czas życia budynku szpitalnego powinien wynosić 30 lat, po czym ze względów epidemiologicznych obiekt powinien zostać zburzony! Jednak żyjemy w Europie, a szpitale na naszym kontynencie, np. w Wielkiej Brytanii, nieustannie funkcjonują w budynkach, które powstały nawet w XVI wieku! No dobrze – nie ma pieniędzy na spełnienie wymagań w zakładach, nie mają wystarczająco samorządy, budżet państwa ich nie da, zwłaszcza w okresie kryzysu gospodarczego. Czy wobec tego możemy znaleźć dobre, przynajmniej częściowe rozwiązanie omawianego problemu?

Proponowane regulacje

Właśnie taką regulacją obecnie proponujemy. Mimo braku pieniędzy na konieczne inwestycje, można w znaczący sposób ułatwić funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej dzięki *nowej filozofii* podejścia do wymagań *fachowych* oraz *sanitarnych* i stworzyć regulacje, w których wymagania zostaną opisane funkcjonalnie, a regulator odstąpi od określania powierzchni, szerokości i wysokości, ale co wyraźnie należy podkreślić z utrzymaniem, a nawet podwyższeniem wymagań dotyczących bezpieczeństwa epidemiologicznego, czystości, zasad sterylizacji.

Niebezpieczeństwem takiej regulacji jest częściowe przeniesienie odpowiedzialności za akceptację niektórych rozwiązań na pacjenta, a właściwie w tym przypadku należałoby powiedzieć na konsumenta, ponieważ nowe podejście dotyczy bardziej warunków pobytowych, hotelowych, a nie ingeruje w zasady i sposób leczenia, czyli standard udzielania świadczeń zdrowotnych. To pacjent konsument dokona wyboru i zaakceptuje pobyt na sali kilkunastoosobowej, jeśli ktoś zdecyduje się taką wybudować, lub wybierze szpital oferujący sale dwu-, cztero- lub jednoosobowe z własnym węzłem sanitarnym.

Elastyczne podejście

Niepokoju mnie, czy mimo 20 lat funkcjonowania demokratycznego i obywatelskiego państwa, nasi pacjenci konsumenci są gotowi do świadomych wyborów także w zakresie najlepszego świadczeniodawcy, nie tylko pod względem wiedzy, doświadczenia i efektów leczenia, ale także warunków pobytu. Z pewnością większość dyrektorów szpitali odetchnie z ulgą, bo np. ich sale operacyjne, którym do tej pory brakowało 1,5 m² do spełnienia wymagań, teraz będą je spełniały, a szerokość drzwi oddziałów (które już nie będą musiały nazywać się oddziałami, ponieważ komórki organizacyjne będą mogły funkcjonować w obszarach zabiegowych i zachowawczych z profilami medycznymi) opisana zostanie w sposób funkcjonalny: *ich szerokość powinna umożliwiać transport pacjentów na łóżkach* i różnica 2 cm szerokości nie będzie miała znaczenia.

Duże oszczędności

Nowe reguły rozporządzenia powinny przynieść wielomilionowe oszczędności i w znaczący sposób ułatwić funkcjonowanie istniejących, oraz projektowanie i budowę nowych zakładów opieki zdrowotnej. Oczywiście, znawcy tematu znajdą wiele regulacji podobnych lub identycznych do obecnie obowiązujących, ale akurat są to te, które powinny obowiązywać, a ponadto należy pamiętać, że jesteśmy ograniczeni przestawiając delegacją w ciągle niezmienionej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Wiele osób zauważy również, że nie ma wymagań dotyczących zasad sterylizacji. Jest to celowy zabieg, ponieważ zasady te powinny jednolicie dotyczyć wszystkich świadczeniodawców, dlatego minister zdrowia wspólnie z głównym inspektorem sanitarnym zawczasu zadbał, aby w nowej ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zawarta została delegacja do wydania rozporządzenia w zakresie wymagań dotyczących centralnej i lokalnej sterylizatorni, a także punktu sterylizacji i sterylizacji gabinetowej, które to wymagania wejdą w życie jednocześnie z rozporządzeniem w sprawie *wymagań fachowych i sanitarnych*.

Koniec z wymogami dla pralni

Całkowicie znikną także wymagania dotyczące pralni oraz kuchni, będą one wynikały z ogólnych przepisów dla wszystkich tego typu organizacji. Muszę podkreślić, że przepisy ministra zdrowia nie będą regulowały wymagań budowlanych i przeciwpożarowych i te zostaną niezmiennione, jednak aktywni zarządzający, którzy już teraz starali się o dostosowanie swoich zakładów do wymagań ogólnobudowlanych, doskonale wiedzą, że w przypadkach, gdy nie ma zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów oraz pracowników, właściwe organy kontrolne, co prawda po dość długiej procedurze, ale wydadzą *wieczną* zgodę na odstępstwa od tych wymagań.

Termin dostosowawczy

Do rozstrzygnięcia pozostaje jeszcze jedna ważna kwestia – termin okresu dostosowawczego, który aktualnie określony jest na 2012 r. Myślę, że oprócz decyzji politycznej ważnym elementem decydującym o ewentualnej zmianie terminu będą konsultacje międzyresortowe i społeczne. Wbrew pozorom spodziewamy się dużego oporu i wielu krytycznych uwag na temat nowych regulacji, ponieważ w znaczący sposób naruszamy dotychczasowy, wieloletni sposób myślenia nie tylko np. inspekto-

„ W szpitalu łatwiej zarazić się żółtaczką zakaźną niż w salonie tatuażu ”



Maciej Murkowski,
Szpitale Polskie SA

Jest to jedno z najbardziej kontrowersyjnych rozporządzeń ministra. Nie znam kraju w Europie, gdzie w taki urzędniczy, administracyjny sposób próbowano by regulować kwestie projektowania i budowy szpitali przez ministra zdrowia. Je-

żeli ktokolwiek jest do tego powołany, to Główny Inspektorat Sanitarny w zakresie określonych wymagań sanitarnych pewnych procesów technologicznych, np. sterylizacji. Idealnym rozwiązaniem jest odstąpienie ministra zdrowia od kontynuowania tych, bardzo kontrowersyjnych, regulacji i pozostawienie problematyki do regulacji prawnych przez Główny Inspektorat Sanitarny (w odniesieniu do wybranych procesów technologicznych w zakładach opieki zdrowotnej) oraz do kompetencji innych, merytorycznych w tym zakresie, resortów (prawo budowlane).



Andrzej Mądrala,
prezes Centrum Medycznego Mavit,
wiceprezes Konfederacji
Pracodawców Polskich

Nowy projekt rozporządzenia ministra zdrowia to zapewne ogromne zaskoczenie dla wszystkich. Wcześniejszy dokument, bardzo drastyczny w treści, był wyrokiem wiszącym nad naszymi szpitalami.

Przestrzegano w obowiązującym do dzisiaj rozporządzeniu, że data 31 grudnia 2012 r. to finalny termin dostosowania warunków zakładów opieki zdrowotnej do zawartych tam zasad, bo jeśli nie to...!

Teraz mamy projekt kolejnych zmian. Brak w nim kategorycznych norm, lecz odwołanie się do odpowiedzialności osób zarządzających placówkami medycznymi wydaje się podstawowym celem twórców tego projektu. My jednak przywykliśmy do narzuconych konkretów. Obawiam się, że po konsultacjach wewnętrznych finalny dokument będzie bardzo podobny do obecnie obowiązującego rozporządzenia.

rów sanitarnych, ale także wbrew pozorom niektórych zarządzających zakładami, którzy biorąc pod uwagę preferencje pacjentów, sami będą musieli zadecydować o poziomie jakościowo-hotelowym swojego zakładu i w ten sposób również o jego przyszłości. Proszę wszystkich zainteresowanych o głęboką analizę naszego projektu i konstruktywne uwagi zawierające konkretne propozycje. Proszę kieruję nie tylko do praktyków, ale także do pacjentów – pamiętajcie państwo, że każdy projekt jest publikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, gdzie podany jest adres e-mailowy, pod który każdy może zgłosić uwagi. Projekt do konsultacji zostanie wysłany na przełomie czerwca i lipca.

Autor jest dyrektorem Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia