

ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA W ŚWIETLE USTAWY Z DNIA 15 KWIETNIA 2011 R. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Mariusz Piechota

Wprowadzenie

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654), zwana dalej Ustawą weszła w życie w dniu 1 lipca 2011 r., z wyjątkiem niektórych artykułów (art. 17 ust. 2 i 3, art. 25, art. 88 ust. 3, art. 106 ust. 2 zdanie trzecie, ust. 3 pkt. 13, ust. 4 pkt. 11 i ust. 5, art. 148 pkt. 6 oraz art. 172 pkt. 10), które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. Ustawa uchyliła obowiązującą przez 20 lat ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.).

Przepisy ogólne

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej określa: zasady wykonywania działalności leczniczej, zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

Rodzajami działalności leczniczej są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (np. szpitalne) oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Świadczenie szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Zgodnie z przepisami Ustawy podmiotami leczniczymi są:

- 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 i Nr 239, poz. 1593) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej,
- 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,

- 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618),
- 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- 6) kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Ustawa wprowadza pojęcie „podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą”. Podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki budżetowe.

Podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać następujące warunki: posiadać pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające odpowiednim wymaganiom; stosować wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679); zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach; zawrzeć umowę ubezpieczenia: odpowiedzialności cywilnej oraz na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.

W przypadku wydania przez Ministra Zdrowia fakultatywnego rozporządzenia określającego standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą - na podstawie upoważnienia zawartego w art. 22 ust. 5 Ustawy – określone podmioty lecznicze będą zobligowane do przestrzegania przepisów tego rozporządzenia.

Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się m.in.: strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu; rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych; miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych; przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych; organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek; sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu.

Wymogi dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą wydawać się identyczne dla każdego

podmiotu leczniczego. W rzeczywistości tak jednak nie jest. Przykładowo, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – w odróżnieniu od przedsiębiorców – muszą stosować się dodatkowo do przepisów Ustawy zawartych w Rozdziale 3 (Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami).

Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego. Lekarze mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w Ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zgodnie z dotychczasowymi przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty - lekarze w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogli prowadzić: indywidualną praktykę lekarską, indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania oraz grupową praktykę lekarską w formie spółki cywilnej lub partnerskiej. Obecnie działalność lecznicza lekarzy może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.

Należy podkreślić, iż ustawodawca wyraźnie zastrzegł, że miejscem wezwania nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego.

Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej są zobowiązane do dostosowania swojej działalności do przepisów Ustawy w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy - tj. do 30 czerwca 2012 roku.

Podobnie jak w przepisach wcześniej obowiązujących, podmiot leczniczy (spełniający przesłanki określone w art. 3 ust.1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759, Nr 161, poz. 1078 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 5, poz. 13 i Nr 28, poz. 143), może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny. Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych obydwu podmiotów, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami - samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki budżetowe

Ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut. W statucie określa się: firmę, siedzibę, cele i zadania podmiotu, organy i strukturę organizacyjną podmiotu, czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej oraz formę gospodarki finansowej. Statut może przewidywać prowadzenie określonej, wyodrębnionej organizacyjnie działalności innej niż działalność lecznicza. Statut nadaje podmiot tworzący.

Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.

Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Kierownikiem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może być osoba, która: posiada wykształcenie wyższe; posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika; posiada co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy; nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą działa rada społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz doradczym kierownika. Członkiem rady społecznej nie może być osoba zatrudniona w tym podmiocie.

W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko: kierownika; zastępcy kierownika, w przypadku, gdy kierownik nie jest lekarzem; ordynatora; naczelną pielęgniarkę lub przełożoną pielęgniarek; pielęgniarki oddziałowej. Stosunek pracy z wybranym kandydatem nawiązuje się na 6 lat. Okres ten może być przedłużony do 8 lat, jeżeli do osiągnięcia wieku emerytalnego pracownikowi brakuje nie więcej niż 2 lata. W przypadku, gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej mogą prowadzić wyłącznie: Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna. Żaden z tych podmiotów nie może jednakże utworzyć nowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania. Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej decyduje o podziale zysku.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Obowiązek podmiotu tworzącego, w przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego, powstaje po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie Ustawy.

Przedstawione powyżej przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej pozwalają na wyciągnięcie wniosku, iż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jako podmiot leczniczy jest „gatunkiem zagrożonym”.

Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zawiera w szczególności: określenie zakładu podlegającego likwidacji; oznaczenie dnia zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych; oznaczenie dnia otwarcia likwidacji; określenie sposobu i trybu zadysponowania składnikami materialnymi i niematerialnymi; oznaczenie dnia zakończenia likwidacji. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowi podstawę do jego wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, z dniem zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz z Krajowego Rejestru Sądowego z dniem zakończenia likwidacji.

W przypadku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jego zobowiązania i należności stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego.

Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową

Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową odbywa się na zasadach określonych w art. 70–82 Ustawy.

Organem dokonującym przekształcenia jest:

- 1) minister właściwy do spraw Skarbu Państwa – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda;
- 2) organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego;
- 3) rektor – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
- 4) dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest to centrum.

Organ dokonujący przekształcenia sporządza akt przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę. Akt przekształcenia zawiera: akt założycielski spółki; imiona i nazwiska członków organów spółki pierwszej kadencji; pierwszy regulamin organizacyjny. Akt przekształcenia zastępuje czynności określone w przepisach ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. Nr 94, poz. 1037, z późn. zm.), poprzedzające złożenie wniosku o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców. Niezwłocznie po sporządzeniu aktu przekształcenia zarząd spółki składa wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców, a następnie – do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Dniem przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę, jest dzień wpisania tej spółki do rejestru przedsiębiorców. Z dniem przekształcenia następuje wykreślenie z urzędu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z Krajowego Rejestru Sądowego. Spółka kapitałowa z dniem przekształcenia wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Z dniem przekształcenia pracownicy przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się, z mocy prawa, pracownikami spółki. Stosunki pracy osób zatrudnionych na podstawie powołania w przekształcanym samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej wygasają z dniem przekształcenia.

Jeżeli podmiot tworzący przekształci samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową na zasadach określonych w art. 69–82 Ustawy w okresie do dnia 31 grudnia 2013 r., zobowiązania podmiotu tworzącego przejęte od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będą umorzone.

Umorzeniu podlegają znane na dzień 31 grudnia 2009 r. zobowiązania podmiotu tworzącego przejęte od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wraz z odsetkami: z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych; z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne; wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych; z tytułu opłat za gospodarcze korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów o ochronie i kształtowaniu środowiska; z tytułu opłat za korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów Prawa ochrony środowiska oraz opłat za szczególne korzystanie z wód w rozumieniu przepisów Prawa wodnego – stanowiących przychody Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, wojewódzkich funduszy ochrony środowiska i gospodarki wodnej oraz dochody budżetów powiatów i budżetów gmin; z tytułu niektórych administracyjnych kar pieniężnych; z tytułu opłat za użytkowanie wieczyste gruntów Skarbu Państwa w części stanowiącej dochód budżetu państwa; z tytułu odsetek za zwłokę, opłaty prolongacyjnej, opłaty dodatkowej, kosztów upomnienia, od zaległości wymienionych powyżej. Umorzeniu podlegają również: zobowiązania z niektórych tytułów, w stosunku do których do dnia przekształcenia, zostały wydane decyzje rozkładające ich spłatę na raty lub odraczające termin ich płatności albo, gdy zobowiązania te stanowią należności sporne; niektóre opłaty prolongacyjne ustalone w związku z decyzjami oraz niektóre koszty egzekucyjne.

Przedstawiony powyżej „sposób umorzenia zobowiązań” wyraźnie zachęca podmioty tworzące do szybkiego (do dnia 31 grudnia 2013 r.) przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową.

Regulacje szczególne dotyczące działalności leczniczej obejmującej realizację zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia

Podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną wykonuje działalność leczniczą oraz jest obowiązany do realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

Podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną jest obowiązany do udostępnienia uczelni medycznej jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych. Inne podmioty wykonujące działalność leczniczą również mogą udostępniać swoje jednostki organizacyjne do prowadzenia powyższej działalności. Udostępnienie następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej pomiędzy uczelnią medyczną a podmiotem wykonującym działalność leczniczą. Uczelnia medyczna jest obowiązana do przekazywania podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą środków finansowych na realizację zadań dydaktycznych i badawczych.

Jednostką organizacyjną wykonującą działalność dydaktyczną i badawczą, będącą oddziałem, kieruje ordynator albo inny lekarz kierujący. Osobą odpowiedzialną za działalność dydaktyczną i badawczą w takiej jednostce jest kierownik kliniki. Funkcje powyższe można pełnić jednocześnie.

Nauczyciele akademicy uczelni medycznych mogą być zatrudnieni w podmiotach leczniczym, o których mowa powyżej, w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę określającej zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych lub na podstawie umowy cywilnoprawnej określającej w szczególności zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych.

Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 9 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej z dniem wejścia w życie, tj. 1 lipca 2011 roku, uchyliła ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.). Nie uchyliła jednak z tym dniem dwóch istotnych z punktu widzenia anestezjologii i intensywnej terapii rozporządzeń Ministra Zdrowia, będących aktami wykonawczymi do ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (wydanego na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (wydanego na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej). Zgodnie bowiem z art. 219 Ustawy akty wykonawcze wydane na podstawie art. 9 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej zachowują moc do dnia wejścia w życie odpowiednich aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 3–5, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie Ustawy.

Rozporządzenie, o którym mowa w art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą) jest rozporządzeniem obligatoryjnym, tzn. że Minister Zdrowia jest obowiązany je wydać. Niewiadomą jest treść tego rozporządzenia.

Niestety rozporządzenie, o którym mowa w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego) jest rozporządzeniem fakultatywnym, tzn. że Minister Zdrowia nie ma obowiązku jego wydania. Ponadto uległa zmianie treść samej delegacji ustawowej. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zawiera zapis: „Minister właściwy do spraw

zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.” Natomiast ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej zawierała zapis: ”Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania i procedury medyczne wykonywane w zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych.”

Konsekwencje nie wydania rozporządzenia, o którym mowa w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogą być katastrofalne dla chorych. W interesie Nas wszystkich jest uświadomienie decydentom konieczności wydania tego rozporządzenia, opartego przede wszystkim na zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej.