



Co zmieni się po 1 maja 2004?

Bezpieczeństwo polskich szpitali a regulacje Unii Europejskiej – przewodnik, cz. II

W pierwszej części artykułu omówiono podstawowe zasady funkcjonowania Unii Europejskiej oraz wskazano na brak wspólnotowych uregulowań, dotyczących organizacji służby zdrowia. Kolejna część poświęcona jest przybliżeniu tych obszarów regulacji prawnych, dotyczących placówek ochrony zdrowia w Polsce, które uległy zmianie, wynikającej z obowiązku dostosowania polskiego prawa do regulacji unijnych.

Joanna Krawczyk, Paweł Grzesiowski

Swobodny przepływ pracowników

Jednym z fundamentów Unii Europejskiej jest swobodny przepływ pracowników, w którym mieszczą się 2 ważne prawa:

- możliwość swobodnego przepływu pracowników najemnych, zatrudnionych na etacie,
- prawo do prowadzenia działalności gospodarczej przez osoby samozatrudniające się.

Swobodny przepływ pracowników został uregulowany w traktacie o ustanowieniu Wspólnoty Europejskiej oraz w rozporządzeniu 1612/68. Oznacza on pełną swobodę przemieszczania się pomiędzy krajami członkowskimi, swobodę wykonywania zawodu lub podejmowania działalności. W konsekwencji osoby poszukujące pracy mogą ją wykonywać w kraju, w którym mają największe

watelom państw członkowskich Unii Europejskiej, których kwalifikacje zostały uznane, zapewnia się prawo wykonywania w Rzeczypospolitej Polskiej zawodu regulowanego na takich samych zasadach, jak osobom, które kwalifikacje do jego wykonywania uzyskały w Polsce. Procedurę uznawania kwalifikacji zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych przeprowadzają w Polsce organy samorządów zawodowych (izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych) właściwe ze względu na miejsce planowanego wykonywania zawodu. Zainteresowani są zobowiązani przedłożyć stosowny wniosek oraz dodatkowe dokumenty, tj. zaświadczenie o odpowiednim stanie zdrowia, zaświadczenie stwierdzające, że dana osoba nie została pozbawiona prawa wykonywania zawodu bądź wyciąg z rejestru skazanych.

» Polska zaakceptowała dorobek prawny Unii w dziedzinie wzajemnego uznawania kwalifikacji i tytułów zawodowych »

możliwości rozwoju zawodowego i najkorzystniejsze warunki finansowe.

Uznawanie kwalifikacji zawodowych jest jednym z elementów swobodnego przepływu pracowników

Reguły dotyczące uznawania dyplomów i kwalifikacji dla celów zawodowych zawarte są w dyrektywie Rady nr 93/16/EC w sprawie ułatwiania swobodnego przepływu lekarzy oraz wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych tytułów. Dyrektywa zawiera zasady wykonywania zawodu wspólne dla wszystkich państw członkowskich i wprowadza **automatyczny system uznawania kwalifikacji** podstawowych, oraz w przypadku lekarzy i lekarzy dentyków – specjalistycznych, dzięki wprowadzeniu koordynacji kształcenia w tych zawodach. Oznacza to, że osoba legitymująca się dyplomem wskazanym w **aneksie stanowiącym załącznik A** do dyrektywy może bez dokonywania dodatkowych formalności, czy spełniania wymagań poruszać się w granicach Unii Europejskiej i występować o uznanie kwalifikacji zawodowych i umożliwienie swobodnego wykonywania zawodu.

Uznawanie kwalifikacji zawodowych w Polsce

Uznawanie kwalifikacji zawodowych w Polsce reguluje ustawa z 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (DzU Nr 87, poz. 954 z późn. zmian.). Zgodnie z ustawą oby-

Ze względu na dobro pacjentów wymaga się od obywateli państw członkowskich, mających zamiar świadczyć w jakiegokolwiek formie usługi medyczne znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu (umożliwiającej swobodne kontaktowanie się z pacjentem, wypisywanie recept etc.). Stosownie jednak do regulacji UE nie można egzaminować, czy w jakikolwiek inny formalny sposób weryfikować tej znajomości języka. Zainteresowany składa jedynie oświadczenie o odpowiedniej znajomości języka polskiego. Po przeprowadzonym kompleksowym postępowaniu przed odpowiednimi władzami, które nie może trwać dłużej niż 3 miesiące, dany profesjonalista podlega wszystkim regulacjom prawa państwa, na terytorium którego wykonuje zawód.

Dyrektywy dotyczące uznawania kwalifikacji w zawodach medycznych zostały implementowane na grunt prawa polskiego przepisami:

– art. 1 pkt 1–7, 9, 10, 11 lit. a, pkt 12, 14, 15 oraz art. 2–6 ustawy z 10 kwietnia 2003 r. o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie niektórych ustaw (DzU z 2003 r. Nr 90, poz. 845), które weszły w życie 1 maja 2004 r.

– ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (DzU Nr 92, poz. 885).

Ustawę o zawodzie pielęgniarki i położnej znowelizowano pod kątem przepisów unijnych.

” Trybunał przyznał rację niemieckiemu lekarzowi Norbertowi Jeagerowi ze szpitala w Kilonii, który pozwał pracodawcę za zaliczenie mu do czasu pracy jedynie czasu faktycznie poświęconego na opiekę nad pacjentem. Trybunał uznał, że dyżury, w których pracownik tylko częściowo wykonuje swoje obowiązki, nawet jeśli ma możliwość odpoczynku, należy traktować w całości, także ten okres, w którym pracownik nie pracuje, jako czas pracy ”

Jednym z głównych celów nowelizacji było dostosowanie poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce do poziomów Unii Europejskiej. Nowelizacja ma dać pielęgniarkom i położnym możliwość łatwiejszego podnoszenia kwalifikacji w systemie kształcenia podyplomowego nadzorowanego przez samorząd pielęgniarek i położnych oraz Ministra Zdrowia. Ustawa określa zasady kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Ustalono następujące rodzaje kształcenia podyplomowego: szkolenia specjalistyczne, kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doksztalcające.

Uznawanie tytułów

W wyniku negocjacji przyjęto rozwiązanie, które prowadzi do uznania wszystkich dyplomów pielęgniarskich i dyplomów położnych. W przypadku dyplomu licencjata pielęgniarstwa oraz licencjata położnictwa władze krajowe w specjalnym certyfikacie będą potwierdzały posiadanie dyplomu oraz wymaganego doświadczenia zawodowego (co najmniej 3 lata praktyki zawodowej w ciągu 5 lat przed wydaniem certyfikatu). Podobne rozwiązanie będzie obowiązywać w odniesieniu do dyplomów pielęgniarki i pielęgniarki dyplomowanej oraz dyplomu położnej – średnie wykształcenie (certyfikat będzie poświadczał 5-letnią czynną praktykę zawodową w okresie 7 lat przed jego wydaniem). Minister Zdrowia uznaje tytuł specjalisty pielęgniarki lub położnej zdobyty w państwach Unii za równoważny, jeśli zakres programu kształcenia odbytego w państwach członkowskich Unii odpowiada zakresowi programu kształcenia wymaganemu do uzyskania tytułu specjalisty w RP.

Zasady UE dotyczące czasu pracy

Dyrektywa Rady Unii Europejskiej nr 93/104 z 23 lipca 1993 r. przewiduje, że:

- tygodniowy wymiar czasu pracy nie może przekroczyć 48 godz.,
- każdy pracownik powinien odpoczywać co najmniej 11 godz. dziennie,
- tygodniowo każdy pracujący musi mieć prawo do 24-godzinnej nieprzerwanego wypoczynku,

- gdy dzień pracy przekracza 6 godz. pracownik musi mieć prawo do przerwy,
- praca w nocy nie może trwać dłużej niż 8 godz.

Czas pracy lekarzy – orzeczenie ETS

Orzeczenie z 9 września 2003 r. sprawa C151/02 Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, którą ETS dokonał wykładni przepisów dyrektywy Rady Unii Europejskiej nr 93/104 z 23 lipca 1993 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy. **ETS uznał, że dyżury, w których pracownik tylko częściowo wykonuje swoje obowiązki, nawet jeśli ma możliwość odpoczynku, należy traktować w całości jako czas pracy.**

Przypadek 1.

Norbert Jeager był lekarzem zatrudnionym w kilońskim szpitalu na 3/4 etatu (29 godz. tygodniowo). W ramach zatrudnienia był zobowiązany do pełnienia 6 dyżurów nocnych. W trakcie tygodnia jego dyżury następujące bezpośrednio po jego regularnym czasie pracy wynosiły 16, w soboty 25 (od 8.30 do 9.30), a w niedzielę 22 godz. i 45 min (8.30–7.15). W trakcie pełnienia dyżurów Norbert Jeager miał w swoim gabinecie do dyspozycji łóżko, z którego mógł korzystać w czasie przerwy. Powołując się na przepisy dyrektywy Jeager wystąpił do rejonowego sądu pracy o uznanie całego czasu jego dyżurów za czas wykonywania pracy oraz wypłatę wynagrodzenia za ten czas pracy. Sąd uznał roszczenia powoda, ale od tego wyroku odwołał się szpital. Krajowy sąd pracy zawiesił postępowanie i przekazał je na podstawie art. 234 (TWE) ETS do rozstrzygnięcia.

Do ETS zostały skierowane 4 pytania prawne zmierzające do ustalenia, czy przepisy nieuznające dyżurów za czas pracy oraz dopuszczenie możliwości ograniczenia dziennego czasu przerw w pracy są sprzeczne z dyrektywą Rady UE nr 93/104. ETS uznał, że celem dyrektywy jest nie tylko poprawa warunków pracy, ale również dbałość o bezpieczeństwo oraz zdrowie pracownika. Pracownik, który znajduje się w zakładzie lub innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę, jest mocno ograniczony w swojej prywatnej, rodzinnej oraz społecznej sferze. Dy-

rektywa, ustanawiająca minimalny 11-godzinny czas odpoczynku pracownika służyć ma dobru pracownika. Uznanie dyżurów, w czasie których pracownik może być wielokrotnie budzony w ciągu nocy za zgodne z przepisami unijnymi, zaprzeczałoby ich celom.

Dodać należy, że orzeczenie ETS wiąże wszystkie kraje, ale podkreślenia wymaga fakt, iż dotyczy ono zaliczenia czasu gotowości i odpoczynku do łącznego czasu dyżuru, a nie jak mylnie interpretują ten przypadek niektórzy prawnicy, wliczenie czasu dyżuru do czasu pracy.

Skutki dla Polski – wydaje się, że toczące się obecnie gorączkowe poszukiwania rozwiązania tego zagadnienia wynikają z braku okresu przejściowego w tym zakresie. Od ponad roku wiadomo było, że konieczna będzie kolejna nowelizacja prawa pracy. W obecnym stanie prawnym, zarówno kontrakty na dyżury lekarskie, jak i praca zmianowa nie rozwiązują problemu, natomiast brak implementacji prawa unijnego po 1 maja 2004 r. może spowodować poważne następstwa prawne i organizacyjne. Wprowadzie 1.01.2004 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy Kodeks pracy (DzU Nr 213, poz. 2081), ale dostosowuje tylko w pewnym zakresie polskie przepisy do wymogów Unii Europejskiej. Zagwarantowano pracownikom prawo do co najmniej 11-godzinnego, nieprzerwanego odpoczynku na dobę oraz 35-godzinnego na każdy tydzień (art. 132, 133). Nadal jednak czasu dyżuru, podczas którego pracownik nie wykonywał pracy, nie wlicza się do czasu pracy. Tym bardziej nie wlicza się do czasu pracy dyżurów lekarskich, które regulowane są art. 32j ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 91.91.408 z późn. zmian), stanowiącym *lex specialis* w stosunku do uregulowań Kodeksu pracy.

1. *Lekarze oraz inni pracownicy posiadający wyższe wykształcenie, wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być zobowiązani do pełnienia w tym zakładzie dyżuru medycznego.*
2. *Czasu pełnienia dyżuru, o którym mowa w ust. 1, nie wlicza się do czasu pracy.*

Standardy bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP)

Regulacje dotyczące ochrony zdrowia, bezpieczeństwa i higieny pracy stanowią w prawie europejskim bardzo rozbudowany system, mający na celu ochronę pracowników przed zagrożeniami związanymi ze środowiskiem pracy oraz harmonizację krajowych przepisów o ochronie zdrowia.

Najważniejszym aktem prawnym z zakresu prawa unijnego dotyczącym bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników podczas pracy jest **dyrektywa Rady nr 89/391 z 29 czerwca 1989 r.** Dyrektywa zawiera ogólne zasady zapobiegania ryzyku zawodowemu, bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników oraz wykluczenia czynników ryzyka oraz wypadków przy pracy. Zgodnie z postanowieniami tej dyrektywy do obowiązków pracodawcy należy, m.in. ocena zagrożenia bezpieczeństwa i zdrowia pracowników, uwzględnienie przydatności pracownika do wykonywania powierzonych mu zadań pod kątem jego bezpieczeństwa i zdrowia. Pracodawca ma także obowiązek dążenia do poprawy istniejących warunków pracy. Prawo wewnętrzne państw członkowskich może jednak wyłączyć lub ograniczyć odpowiedzialność pracodawcy przy wydarzeniach, które wynikają z nieprzewidywalnych i nieoczekiwanych okoliczności lub nadzwyczajnych wydarzeń, których skutków nie da się uniknąć, mimo dołożenia należytej staranności.

Dyrektywa ramowa nr 80/1107/EEC (nowelizowana dyrektywą nr 88/642/EEC) o ochronie pracowników przed szkodliwym działaniem czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych mówi o czynnikach występujących w środowisku pracy w stopniu przekraczającym dopuszczalną wartość (dopuszczalne stężenie bądź dopuszczalny wskaźnik biologiczny), które zostały uznane za szkodliwe bądź prawdopodobnie szkodliwe dla zdrowia. Pracodawcy obligowani są do podjęcia m.in. następujących działań:

- ograniczenia używania czynnika chemicznego, fizycznego lub biologicznego w miejscu pracy,
- ograniczenia liczby pracowników rzeczywiście lub potencjalnie zagrożonych działaniem danego czynnika,
- wprowadzenia środków ochrony zbiorowej, np. wentylacji mechanicznej, produkcji w układach zamkniętych,
- ustalenia dopuszczalnych warunków higienicznych,
- określenia sposobu pobierania próbek,
- dokonywania pomiarów i oceny wyników,
- kontrolowania stanu zdrowia pracowników, prowadzenie dokumentacji o poziomie narażenia pracowników na działanie czynników szkodliwych.

Jeżeli te działania nie zapewnią odpowiedniej ochrony, pracodawca musi całkowicie lub częściowo zrezygnować ze stosowania szkodliwego czynnika chemicznego, fizycznego lub biologicznego. Ponadto pracodawca jest zobowiązany do podejmowania dodatkowych działań, jeżeli w miejscu pracy występuje jeden z czynników – akrylonitryl, azbest, arsen i jego związki, benzen, kadm i jego związki, rtęć, nikiel, ołów i ich związki, chlorowane węglowodory.

Przepisy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy znajdują się w Kodeksie pracy po ubiegłorocznej nowelizacji (DzU Nr 213, poz. 2081). Pracodawca jest zobowiązany, m.in. do zastępowania preparatów oraz procesów technologicznych **o działaniu rakotwórczym, a także substancji**, preparatów, czynników i procesów o działaniu mutagennym, mniej szkodliwymi dla zdrowia lub obowiązek stosowania innych dostępnych środków ograniczających stopień narażenia na działanie tych substancji i czynników (art. 222 kp). Dotychczas obowiązek ten ograniczał się tylko do substancji i czynników rakotwórczych. Prace nad rozporządzeniem dotyczącym ochrony przed czynnikami biologicznymi w miejscu pracy są w toku.

Sprzęt medyczny

Dyrektywa o wyrobach medycznych 93/42/EEC zawiera przepisy techniczne, dotyczące podstawowych wymagań bezpieczeństwa produktu i jego stosowania, stanowi główny mechanizm harmonizacji prawa UE w aspekcie zapewnienia odpowiedniego poziomu wytwarzanych produktów oraz ochrony obywateli UE. Regulacje te z pewnością zainteresują kierowników zakładów ochrony zdrowia, dotyczą bowiem jakości instrumentów medycznych, atestów i kryteriów dopuszczenia do użytku.

Bezpieczna aparatura medyczna

Ustawa z 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (DzU Nr 93, poz. 897) określa przede wszystkim:

- wprowadzenie do obrotu i używania wyrobów medycznych,
- ocenę kliniczną wyrobów medycznych, warunki używania wyrobów medycznych,
- nadzór nad wytwarzaniem, wprowadzaniem do obrotu i do używania wyrobów medycznych,
- nadzór nad wyrobami medycznymi wprowadzonymi do obrotu i do używania,
- zgłaszanie incydentów medycznych z wyrobami medycznymi oraz dalsze postępowanie po ich zgłoszeniu,
- sposób prowadzenia rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do używania,
- zasady i tryb autoryzowania, notyfikowania, nadzorowania, ograniczania i cofania autoryzacji jednostek notyfikowanych w zakresie wyrobów medycznych oraz organy właściwe w tych sprawach,
- klasyfikację oraz kwalifikację wyrobów medycznych,
- ocenę zgodności wyrobów medycznych,
- wymagania zasadnicze wyrobów medycznych.

Dopuszczono nabywanie przez zakłady opieki zdrowotnej tylko urządzeń medycznych, które spełniają wymogi unijne.

Dyrektywy nowego podejścia

Dyrektywy, które nakładają na państwo członkowskie obowiązek wydania w określonym terminie własnych przepisów krajowych wprowadzających w życie treść dyrektywy.

- Dyrektywy nowego podejścia zawierają tylko zasadnicze wymagania związane z bezpieczeństwem i zdrowiem.
- Pozostałe szczegóły techniczne zawierają normy zharmonizowane (EN).
- Każda dyrektywa nowego podejścia nakłada obowiązek umieszczenia na podlegających jej wyrobach oznaczenia CE.

Oznaczenie CE – *dyrektywy nowego podejścia* wprowadzone zostały w zakresie aparatury medycznej ustawą o wyrobach medycznych. Oznaczenie CE symbolizuje zgodność produktu z regulacjami Unii Europejskiej, które mają do tego wyrobu zastosowanie.

Ustawa o wyrobach medycznych wraz z jej aktami wykonawczymi wprowadza do polskiego systemu prawnego następujące *dyrektywy nowego podejścia*:

Aktywne implanty medyczne	90/385/EEC 93/42/EEC 93/68/EEC
Wyroby medyczne	93/42/EEC 98/79/EEC 2000/70/EC
Wyroby medyczne do diagnostyki <i>in vitro</i>	98/79/EC

Wymiana aparatury RTG

Dyrektywa Rady 97/43/Euroatom, określa m.in. warunki i zasady prac techników elektroradiologów. Do końca 2006 r. Polska powinna wymienić i uzupełnić część aparatury rentgenowskiej (RTG). Wymiana aparatury RTG niespełniającej wymogów unijnych została rozłożona na kilka lat. Polska wystąpiła o przyznanie jej 4-letniego okresu przejściowego, który zakończy się z końcem 2006 r. W tym czasie Polska jest zobowiązana do:

- przeglądu i inwentaryzacji wszystkich pracowni, w których wykorzystywany jest jonizujący sprzęt medyczny,
- dokonania modernizacji pracowni, które nie spełniają wymogów dyrektywy UE,
- dokonania wymiany sprzętu niespełniającego wymagań dyrektywy UE,

- zainstalowania urządzeń niezbędnych do prowadzenia kontroli jakości i bezpieczeństwa wykonywanych usług,

Czas pracy techników elektroradiologów jest również regulowany przez prawo atomowe. Wynika to ze specyfiki zawodu oraz konieczności przestrzegania ścisłych reguł związanych z ochroną ludzi przed promieniowaniem jonizującym. Przepisy polskie zezwalają na pobyt technika elektroradiologa w pomieszczeniu, gdzie wykonywane są prześwietlenia lub w ich pobliżu do 5 godz. dziennie. Unijni eksperci podkreślają, że używany w Polsce sprzęt RTG przekracza dopuszczalne normy, przez co nasi specjaliści są bardziej narażeni na szkodliwe promieniowanie jonizujące.

Procedury medyczne – normy zharmonizowane

Szczegóły techniczne dotyczące wymagań zasadniczych zawartych w dyrektywach znajdują się w normach zharmonizowanych z dyrektywami, których stosowanie w krajach Unii jest również obowiązkowe. Normy dotyczące sterylizacji zharmonizowane z dyrektywą o wyrobach medycznych i jednocześnie odnoszące się do zagadnień walidacji, obowiązujące w UE to:

- EN 550 – walidacja i rutynowa kontrola sterylizacji tlenkiem etylenu,
- EN 552 – walidacja i rutynowa kontrola sterylizacji metodą napromieniowania,
- EN 554 – walidacja i rutynowa kontrola sterylizacji wilgotnym ciepłem,
- EN 556 – znakowanie finalnie sterylizowanych wyrobów medycznych określeniem sterylne,
- EN 1174-1 – określenie populacji drobnoustrojów na produkcie.

Normy europejskie dotyczą zagadnień sterylizacji zarówno w przemyśle, jak i w placówkach opieki zdrowotnej. Nie ma natomiast oddzielnych norm europejskich dotyczących sterylizacji szpitalnej. Porównując sterylizację szpitalną i przemysłową należy zwrócić uwagę na rodzaje wsadów, zanieczyszczenia mikrobiologiczne, metody sterylizacji, przebieg cyklu, pakowanie, dokumentację procesu, system zapewnienia jakości, proces walidacji, badanie wyrobu, oraz szkolenia personelu.

Ocena jakości usług medycznych

W Polsce na kilka tysięcy działających placówek zdrowia, tylko 58 posiada certyfikaty jakości usług i standardów medycznych. Nasze wejście do UE nie przyniosło ze sobą obowiązku ich posiadania. Certyfikaty potwierdzają jedynie wysoką jakość usług medycznych.

Rodzaje oceny jakości w UE:

- system wizytacji,
- model Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością,
- model ISO,
- system akredytacji.

Te dwa ostatnie są wykorzystywane w Polsce.

Uzyskanie certyfikatu ISO (*International Organization for Standardization*, zał. 1947 r. w Genewie)

polega na spełnieniu określonych standardów jakości usług – w przypadku placówek zdrowia ma to przełożenie na jakość usług zdrowotnych.

Wymagania stawiane przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną dotyczą dokumentacji, planowania, administracji, komunikacji wewnętrznej, zarządzania i szkolenia personelu, warunków pracy i ochrony środowiska. Dzięki rozpisaniu systemowi ocen jest sprawdzany system zarządzania placówką, który powinien prowadzić do maksymalnej satysfakcji klienta (w przypadku placówek zdrowia – pacjentów). **Akredytacja**, jako zewnętrzna metoda oceny jakości, została wprowadzona do polskiego prawa nowelą ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU z 2002 r., nr 21, poz. 204). Akredytacja polega na dobrowolnej zgodzie placówki zdrowia na ocenę jakości na podstawie ustalonych i jawnych kryteriów. Mają one przede wszystkim na celu sprawdzenie zakresu przestrzegania praw pacjenta w danej placówce (np. prawo do odpowiedniego leczenia, opieki, poszanowania godności itp.).

Podsumowanie

Proces dostosowania polskiego prawa do prawa Unii Europejskiej trwa już kilka lat. Mimo to wiele aktów prawnych, w tym również z dziedziny zdrowia zostało opublikowanych w ostatniej chwili. Zarówno kierownicy placówek służby zdrowia, pracownicy, jak i pacjenci, nie mieli wcześniej okazji zapoznać się z planowanymi zmianami.

Mimo braku jednolitych unijnych norm regulujących sektor usług medycznych, po 1 maja 2004 r. wiele przepisów regulujących funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej ulegnie zmianie. Zakłady opieki zdrowotnej będą musiały przeprowadzić reformę, dostosowując system zatrudnienia, świadczenia usług do unijnych standardów. Niektóre pytania pozostają jednak dotychczas bez odpowiedzi, jak np. kwestia dyżurów lekarskich.

mgr Joanna Krawczyk
Departament Legislacyjno-Prawny,
Ministerstwo Spraw Zagranicznych

dr med. Paweł Grzesiowski
Krajowa Grupa Robocza ds. Zakazań Szpitalnych,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego