

**Opinia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego
rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia
szpitalnego. (MZ 917)**

I. Opis sytuacji problemowej

Projekt ma na celu zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego w warunkach zagrożenia epidemicznego przez zapewnienie szerszego dostępu kadr medycznych.

W związku z zaistniałą sytuacją epidemiologiczną w kraju związaną z występowaniem zakażeń i choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2 istnieje pilna potrzeba czasowej zmiany przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego .

W celu zapobiegania lub ograniczenia szerzenia się zakażenia Projektodawca stwierdza, że stosuje się działania opisane w ww. rozporządzeniu oraz w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

Przedstawiony projekt zawiera szereg zmian rozszerzających zakres świadczeń, w których udzielaniu uczestniczyć może lekarz będący w trakcie specjalizacji (po ukończeniu 2 roku szkolenia). Pozwoli to na zwiększenie dyspozycyjności kadry medycznej w zakresie ww. świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii z zachowaniem bezpieczeństwa zdrowotne pacjentów, ponieważ osoby na tym etapie szkolenia specjalizacyjnego mają już wiedzę oraz umiejętności do wykonywania tych świadczeń.

W związku z działaniami podejmowanymi na podstawie ustawy proponuje się zmiany zwiększające dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach zagrożenia epidemicznego.

Projekt przewiduje:

- 1) zwiększenie ilości lekarzy uprawnionych do udzielania świadczeń z zakresu anestezji poprzez możliwość znieczulania pacjenta na bloku operacyjnym za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarza bez specjalizacji, pod warunkiem spełnienia standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 2) możliwość opuszczenia oddziału anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarza specjalistę w celu podjęcia pilnej interwencji u pacjenta znajdującego się poza oddziałem (przeprowadzenie resuscytacji lub innej interwencji ratującej życie pacjenta), z wyłączeniem świadczeń związanych ze znieczuleniem pacjenta;
- 3) zwiększenie liczby lekarzy uprawnionych do udzielania świadczeń przez okresowe dopuszczenie do ich realizacji lekarzy, którzy uzyskali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, oraz lekarzy, którzy mają uznany dorobek lub złożyli z wynikiem pozytywnym część pisemną EDAIC (European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care Examination), a termin egzaminu ustnego został odwołany, w związku z zagrożeniem wywołanym COVID-19- i traktowanie ich na równi z lekarzami specjalistami, lub uzyskali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego.

Przedłożony projekt przewiduje, iż rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia ze względu na cel jak najszybszego zapewnienia kadr medycznych w związku z zagrożeniem epidemicznym.

II. Zestawienie opinii przedstawicieli organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań zamkniętych. Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem rola zespołu anestezyjologicznego bywa marginalizowana lub pomijana w relacjach i opisach dotyczących sukcesów operacyjnych czy innych inwazyjnych metod terapii?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	
Nie	3	
Nie mam zdania	2	

2. Czy Pani/Pana zdaniem zwiększenie ilości lekarzy uprawnionych do udzielania świadczeń z zakresu anestezji poprzez możliwość znieczulania pacjenta na bloku operacyjnym za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarza bez specjalizacji może być zrealizowane bez zwiększonego ryzyka dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	5	
Nie mam zdania	2	

3. Czy Pani/Pana zdaniem możliwość opuszczenia oddziału anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarza specjalistę w celu podjęcia pilnej interwencji u pacjenta znajdującego się poza oddziałem nie niesie nadmiernego ryzyka dla pacjentów oddziału?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	2	
Nie	5	
Nie mam zdania	3	

4. Czy Pani/Pana zdaniem zwiększenie liczby lekarzy uprawnionych do udzielania świadczeń przez okresowe dopuszczenie do ich realizacji lekarzy, którzy uzyskali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego jest dopuszczalne?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	
Nie	3	
Nie mam zdania	3	

5. Czy Pani/Pana zdaniem właściwie przeprowadzona i odpowiednio długa przedoperacyjna wizyta anestezjologiczna może mieć pozytywny wpływ na pacjenta?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
---------------------	-------	--------------------------------

Tak	6
Nie	1
Nie mam zdania	3

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji zostały wzięte pod uwagę przy przygotowaniu opinii Federacji Pacjentów Polskich.

III. Opinia Federacji Pacjentów Polskich

Zgodnie z definicją prezentowaną przez ekspertów, anestezjologia to nauka i dział medycyny klinicznej zajmującej się wszystkimi metodami znieczulenia, prowadzeniem chorych bezpośrednio przed, w czasie i po operacji. Powszechnie lekarz anestezjolog kojarzony jest właśnie z salą operacyjną i znieczuleniem. Anestezjolog przede wszystkim potrzebny jest podczas operacji. Żaden zabieg medyczny powodujący ból nie może odbyć się bez jego obecności. To właśnie anestezjolog znieczula pacjenta do zabiegu, dba o jego bezpieczeństwo w trakcie i pozwala zabiegowcom koncentrować się na polu operacyjnym. Jest to jednak tylko wierzchołek góry obowiązków.

Praca anestezjologa często wykracza poza oddziały zabiegowe. Metody niwelowania bólu znane anestezjologom wykorzystywane są nie tylko w okresie okołoperacyjnym, ale również u chorych cierpiących z powodu bólu przewlekłego. Zwykle są to pacjenci z chorobami nowotworowymi. Pod szczególną opieką anestezjologa są pacjenci w stanie krytycznym, dokąd trafiają chorzy wymagający skomplikowanych, inwazyjnych technik leczenia i monitorowania funkcji życiowych. Anestezjolog zawsze wchodzi w skład zespołu resuscytacyjnego szpitala i wzywany jest do stanów nagłego zagrożenia życia we wszystkich oddziałach i Izbie Przyjęć.

Od anesteziologa wymaga się profesjonalizmu, wszechstronnej wiedzy i umiejętności z zakresu ratowania życia pacjentów. Lekarze tej specjalności istotną rolę odgrywają też w procesie transplantacji narządów – w tym przypadku ich zadaniem jest m.in. identyfikacja danego pacjenta jako dawcy. Anestezjolodzy posiadają również wiedzę na temat najskuteczniejszych metod łagodzenia dolegliwości bólowych związanych z porodem, poprzez stosowanie m.in. znieczuleń zewnątrzoponowych.

Jednak rola zespołu anesteziologicznego jest najczęściej marginalizowana lub pomijana w relacjach i opisach dotyczących sukcesów transplantologii czy innych inwazyjnych metod terapii. Chętniej pokazywane są nowoczesne oddziały intensywnej terapii, szczególnie skomplikowany sprzęt, w jaki są wyposażone.

Z badań przeprowadzanych wśród pacjentów wynika, że wiedza o pracy i kompetencjach anesteziologa jest stosunkowo niska. Wprawdzie świadomość faktu, że anesteziolog jest odpowiedzialny za znieczulenie jest relatywnie wysoka, to wiedza o jego pozostałych obowiązkach i zakresie wykonywanej pracy jest bardzo fragmentaryczna, a czasami przypisywana lekarzom innej specjalności, na przykład chirurgom. Istnieją sposoby aby tę wiedzę poprawić. Właściwie przeprowadzona i odpowiednio długa przedoperacyjna wizyta anesteziologiczna ma dobroczynny wpływ na pacjenta i wydaje się być jednym z kluczowych warunków w kreowaniu opinii chorych o postrzeganiu pracy anesteziologa. Równie ważna wizyta pooperacyjna pozwala na szybkie wykrycie i wyrównanie ewentualnych niepożądanych objawów ubocznych występujących po znieczuleniu i zabiegu operacyjnym.

Przedmiotowe rozporządzenie, wynikające wprawdzie z obiektywnej potrzeby zaradzenia brakom w obsadzie medycznej szpitali w sytuacji kryzysu wywołanego pandemią koronawirusa, może jednak nieść za sobą istotne ryzyka dla samych lekarzy, a w konsekwencji – dla bezpieczeństwa pacjentów. Jak pisze Projektodawca - projekt

zawiera szereg zmian rozszerzających zakres świadczeń, w których udzielaniu będzie mógł uczestniczyć lekarz będący w trakcie specjalizacji (po ukończeniu 2 roku szkolenia). Ma to pozwolić na zwiększenie dyspozycyjności kadry medycznej w zakresie ww. świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, z zachowaniem bezpieczeństwa zdrowotne pacjentów. Jednak istnieją wobec takiego rozszerzenia zakresu świadczeń na innych lekarzy istotne wątpliwości:

Przepisy stanowią, że do obowiązków lekarza anestezjologa należy między innymi:

- przeprowadzenie badania kwalifikującego do zabiegu operacyjnego;
- współuczestniczenie w tworzeniu planu operacyjnego;
- dobranie rodzaju i sposobu znieczulenia do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz specyfiki przeprowadzanego zabiegu;
- pobranie od pacjenta świadomej zgody na wykonanie znieczulenia;
- poinformowanie pacjenta o dających się przewidzieć i znanych w świetle aktualnej wiedzy medycznej następstwach oraz powikłaniach planowanego znieczulenia;
- sprawdzenie wyposażenia stanowiska znieczulenia przed wykonaniem zabiegu;
- skontrolowanie aparatury i sprzętu do znieczulenia;
- skontrolowanie właściwego oznakowania płynów infuzyjnych oraz testów zgodności preparatów krwi; dokonanie identyfikacji pacjenta, który poddawany jest znieczuleniu;
- ułożenie pacjenta do znieczulenia;
- nadzór nad transportem pacjenta bezpośrednio po zakończeniu znieczulenia lub sedacji;
- prowadzenie intensywnej terapii, w tym monitorowanie stanu zdrowia pacjenta w okresie pooperacyjnym.

Jest to duży zakres zadań i odpowiedzialności. Należy wyraźnie podkreślić, że lekarz anestezjolog ponosi autonomiczną odpowiedzialność za negatywne następstwa działań lub zaniechań, których dopuścił się podczas wykonania czynności leczniczych

wchodzących w zakres jego specjalności. Odpowiedzialność może przyjąć postać odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej, w zależności od rodzaju i zakresu negatywnych następstw powstałych u pacjenta w związku z działaniem lub zaniechaniem lekarza.

W przypadku, gdy lekarz anestezjolog popełni błąd podczas wykonywania czynności specjalistycznych, niedopuszczalne jest obciążenie odpowiedzialnością za ich skutek lekarza chirurga kierującego zespołem. Oznacza to, że lekarz chirurg nie może ponosić odpowiedzialności np. za niepobranie zgody na znieczulenie, odstąpienie od identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu, nieprawidłowy dobór rodzaju i sposobu znieczulenia do potrzeb określonego pacjenta, błędne prowadzenie czynności z zakresu intensywnej terapii.

Prawo stanowi, że zaniedbanie jest winą. Zaniedbaniem, które podczas wykonywania zabiegów medycznych może doprowadzić do powstania odpowiedzialności lekarza kierującego zespołem operacyjnym jest niedołożenie należytej staranności w nadzorze nad czynnościami podejmowanymi przez poszczególnych członków zespołu medycznego. Należy przy tym podkreślić, że nadzór, do jakiego zobowiązany jest lekarz kierujący zespołem operacyjnym, nie ustaje z chwilą zakończenia zabiegu medycznego, ale trwa również w okresie pooperacyjnym.

Przez należyłą staranność należy rozumieć wykonanie wobec pacjenta wszelkich czynności leczniczych i lekarskich, których podjęcie jest niezbędne ze względu na stan zdrowia chorego. Czynności, o których mowa, muszą być wykonane z zachowaniem zasad aktualnej wiedzy medycznej i jak największą ostrożnością.

Przykładem niedołożenia należytej staranności w procesie leczenia jest nie tylko niewykonanie niezbędnych czynności zmierzających do poprawy stanu zdrowia pacjenta w oparciu o dostępne środki i metody leczenia, ale także niedopilnowanie, aby uczynili to inni członkowie zespołu medycznego, którzy podlegają nadzorowi lekarza kierującego tym

zespołem. Obowiązek sprawdzenia przez lekarza kierującego zespołem, czy wszyscy jego członkowie dołożyli należytej staranności w ramach podejmowanych przez siebie czynności medycznych, traktowane jest jako dołożenie należytej staranności w nadzorze.

Przerzucenie na innych, nie wyspecjalizowanych i często nie dysponującym odpowiednim doświadczeniem lekarzy zadań anestezjologa może łączyć się z ryzykiem niedopełnienia należytej staranności przy wymaganych czynnościach, co może pogorszyć stan pacjenta a w konsekwencji – wzrośnie ryzyko osobistej oraz kierowniczej odpowiedzialności osób, które w wyniku wdrożenia zapisów przedmiotowego rozporządzenia będą owe czynności musiały podjąć. W projekcie nie widać, w jakim stopniu wskazane ryzyka powinny i mogą być minimalizowane.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu