

## **Stanowisko Prezesa i Sekretarza PTAiT w sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii**

**Krzysztof Kusza, Mariusz Piechota**



### **Szanowni Państwo, członkowie PTAiT,**

W dniu 17 marca 2020 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Wprowadziło ono kilka istotnych zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. poz. 2218 oraz z 2018 r. poz. 2381).

Zgodnie z treścią uzasadnienia, które zawierał projekt rozporządzenia, Minister Zdrowia w związku z działaniami podejmowanymi na podstawie ww. ustawy 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 (Dz. U. poz. 374), oraz w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433 i 441), w okresie od dnia 14 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej zaproponował zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii ułatwiające odpowiednie zabezpieczenie liczby lekarzy mogących udzielać świadczeń w związku z koniecznością zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19.

Zgodnie z treścią uzasadnienia, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii zawiera szereg zmian rozszerzających zakres świadczeń, w których udzielaniu uczestniczyć

może lekarz będący w trakcie specjalizacji (po ukończeniu 2 roku szkolenia), co pozwoli na zwiększenie dyspozycyjności kadry medycznej w zakresie ww. świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii z zachowaniem bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, ponieważ osoby na tym etapie szkolenia specjalizacyjnego mają już wiedzę oraz umiejętności do wykonywania tych świadczeń.

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. poz. 421) i przełożeniem na tej podstawie części ustnej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie anestezjologii intensywnej terapii, dodano działający czasowo przepis, zgodnie z którym do dnia egzaminu ustnego tego egzaminu ilekroć w rozporządzeniu jest wymieniany lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, należy przez to rozumieć również lekarza, który ukończył szkolenie specjalizacyjne z anestezjologii i intensywnej terapii oraz złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego lub część testową egzaminu EDAIC (European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care Examination).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii nie było konsultowane z Polskim Towarzystwem Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii weszło w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia ze względu – jak podano w uzasadnieniu – na cel jak najszybszego zapewnienia kadr medycznych w związku z zagrożeniem epidemicznym.

Należy dodać, iż – zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) – w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawa nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym.

Jako Prezes i Sekretarz PTAiT, obywatele, pacjenci i anestezjolodzy uważamy, iż niezbędne są niekiedy bardzo ograniczające nas wszystkich działania, w tym te podejmowane przez rząd, przygotowujące system ochrony zdrowia na wypadek, w którym ze względu na dużą liczbę chorych, ograniczone możliwości lokalowe, kadrowe i sprzętowe system ten powinien działać na zmienionych zasadach, tak aby zapewnić wszystkim obywatelom dostęp do niezbędnych świadczeń zdrowotnych, w krytycznym okresie.

Jako Towarzystwo nie uchylamy się od współpracy czy współuczestniczenia w tworzeniu niekiedy trudnych, ale koniecznych rozwiązań w sytuacjach kryzysowych. Jesteśmy gotowi na to wyzwanie.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii wprowadziło nowe rozwiązania – jak wynika z uzasadnienia – ze względu na zagrożenie epidemiczne. Logicznym wydaje się powrót do wcześniejszych zapisów po minięciu zagrożenia epidemicznego, jak i wprowadzenie dalszych liberalizujących zmian w przypadku nasilenia się zagrożenia niewydolności systemu opieki zdrowotnej.

W związku z licznymi pytaniami, w tym o interpretację zapisów rozporządzenia zmieniającego, przedstawiam poniżej nasze stanowisko jako Prezesa i Sekretarza PTAiT (uwaga formalna: PTAiT nie jest podmiotem właściwym do dokonywania wykładni przepisów prawa).

1. Biorąc pod uwagę cel wydania (zagrożenie epidemiczne), a także czas wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej

w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, obowiązujące z dniem 17 marca 2020 zmiany w treści rozporządzenia powinny obowiązywać czasowo, i taki zapis powinien pojawić się w treści rozporządzenia.

2. Najwięcej wątpliwości interpretacyjnych budzi zmieniona treść § 8. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Treść po nowelizacji:

§ 8. 1. *W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.*

2. *Lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, o których mowa w ust. 1, w przypadku wykonywania znieczulenia pacjentów powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II lub III, a w pozostałych przypadkach – za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2.*

3. *Za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku: odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia.*

4. *skreślony*

5. *Odbycie przez lekarza w trakcie specjalizacji co najmniej 2-letniego przeszkolenia specjalistycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazanie się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, o których mowa w ust. 3, potwierdza pisem-*

*nie kierownik specjalizacji. Potwierdzenie jest przechowywane w aktach osobowych lekarza w trakcie specjalizacji.*

Z treści ustępu 3. nie wynika kto ma być inicjatorem procesu, który ma pozwolić lekarzowi w trakcie specjalizacji na samodzielne (*bez nadzoru*) wykonywanie znieczulenia pacjentów, których stan ogólny (fizyczny) według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III. Hipotetycznie może to być lekarz w trakcie specjalizacji, kierownik specjalizacji, czy inna osoba, np. kierownik podmiotu leczniczego. Najbardziej rozsądną prawnie interpretacją jest taka, w której wnioskodawcą jest lekarz w trakcie specjalizacji (w innych przypadkach przepis powinien zawierać zapis o zgodzie lekarza w trakcie specjalizacji). Wydaje się również zasadne, dla celów dowodowych, aby wniosek lekarza w trakcie specjalizacji oraz wyrażenie zgody miały formę pisemną.

Treść ustępu 3. wymaga szybkiego doprecyzowania, aby spory interpretacyjne nie sparaliżowały zaproponowanego rozwiązania.

Zapis ustępu 3. praktycznie wyklucza samodzielne pełnienie dyżurów medycznych przez lekarza w trakcie specjalizacji, o którym mowa w ust. 3. Dlaczego? Skoro lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać samodzielnie znieczulenie pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, to a contrario nie może on wykonywać samodzielnie znieczulenia pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi IV lub V, a tacy chorzy też zdarzają się podczas dyżurów. Ponadto mam duże wątpliwości, czy przy takiej treści przepisu lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać samodzielnie znieczulenie pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I E, II E lub III E. Również z tego powodu treść ustępu 3. wymaga szybkiego doprecyzowania.

Zapis ustępu 3. w związku z ust. 5 wyklucza samodzielne wykonywanie znieczulenia pacjentów poza miejscem specjalizacji. Nie wiemy, czy takie było zamierzenie ustawodawcy, ale w przypadku „oddelegowania” takiego lekarza do innej jednostki będącej w kryzysie kadrowym, traci on przymiot samodzielnego wykonywania znieczulenia pacjentów. Dlaczego preferencja ma dotyczyć tylko komórek posiadających akredytację? Inne nie zasługują? Co ze szpitalami z listy Ministra Zdrowia, które nie posiadają komórki posiadającej odpowiednią akredytację?

Zapis ustępu 3. w związku z ust. 5 powoduje, iż **odpowiedzialność za skutki samodzielnie wykonywanego znieczulenia przez lekarza w trakcie specjalizacji spoczywa na nim samym**. Jednakże z tytułu nadzoru oraz faktu wyrażenia zgody, odpowiedzialność ponosić będzie także lekarz kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci. Znacznie bardziej ograniczoną odpowiedzialność – naszym zdaniem – ponosić będzie kierownik specjalizacji, który potwierdza odbycie przez lekarza w trakcie specjalizacji co najmniej 2-letniego przeszkolenia specjalistycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (czynność techniczna) oraz wykazanie się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III (potwierdza on bowiem zachowanie się szkolącego pod jego nadzorem; nie ma to nic wspólnego z oceną realnej przydatności i profesjonalnego zachowania się szkolącego w trakcie samodzielnego znieczulenia).

Uważamy również, iż co do zasady, także w przypadkach kryzysowych, likwidacja obligatoryjnego nadzoru nad osobą specjalizującą się powinna wynikać z określenia tych umiejętności i wiedzy przez narzędzie obiektywne, czyli np. fachowy egzamin lub – w warunkach kryzysu – przez pisemne potwierdzenie przez kierownika specjalizacji, że szkolący spełnia realne kryteria bezpiecznego znieczulenia dla wszystkich chorych, czy tylko niektórych chorych (np. których stan ogólny wg skali ASA odpowiada stopniom: I, II, III).

3. Wydaje się całkowicie nielogicznym dozwolenie – po nowelizacji rozporządzenia – aby lekarz w trakcie specjalizacji mógł wykonywać samodzielnie znieczulenie pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku: odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, przy pozostawieniu zapisu, iż lekarz anestezjolog (dopisek własny: lekarz z I stopniem specjalizacji) może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji (...) w przypadku wykonywania znieczulenia pacjentów powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według

*skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II lub III, a w pozostałych przypadkach – za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2.*

Takie zapisy powodują, iż większe kompetencje może posiadać (czy oby na pewno było to zamierzeniem ustawodawcy?) lekarz w trakcie specjalizacji (**może samodzielnie wykonywać znieczulenia pacjentów do 3 roku życia**) niż lekarz anestezjolog (osoba z kilkudziesięcioletnim doświadczeniem w zawodzie), który może wykonywać samodzielnie znieczulenia pacjentów powyżej 3 roku życia (jeśli nie uzyska odpowiedniej akceptacji).

4. Rozumiejąc nadrzędne w obecnej sytuacji potrzeby systemu organizacji ochrony zdrowia na czas zagrożenia epidemicznego, uważamy, iż zbyt radykalnie obniżono kwalifikacje do samodzielnego znieczulenia chorych (po 2 roku szkolenia, zamiast po 3 roku szkolenia), zwłaszcza iż w treści rozporządzenia nie znalazł się zapis o jego czasowym ograniczeniu, co przeciąga obowiązywanie treści tego rozporządzenia na okres po ustaniu stanu epidemicznego czy innego stanu „nadzwyczajnego” przewidzianego w przepisach prawa. Najkrótszy czas, jaki zgodnie z prawem Unii Europejskiej może trwać specjalizacja z anestezjologii to 36 miesięcy. Naszym zdaniem, radykalna liberalizacja prawa w tym aspekcie jest na tym etapie epidemii ryzykowna dla zdrowia i życia pacjentów, którzy ponadto świadomie powinni wyrazić zgodę na znieczulenie przez lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego do zabiegu elektywnego, zwłaszcza iż w okresie zagrożenia epidemicznego już zostały uwolnione kadrowe zasoby specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z tytułu zaniechania realizowania niektórych zabiegów w trybie elektywnym, poza tymi, które spełniają kryteria DiLO wg NFZ.

5. Wobec wprowadzonych zmian polegających na rozszerzeniu uprawnień do udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy będących w trakcie specjalizacji **ustawodawca jednoznacznie wskazuje, że specjaliści i szkoleni się w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii stanowią kluczowy element bezpieczeństwa chorych w szpitalu, w tym również podczas aktualnej pandemii.** Każda z tych osób, u których zostanie potwierdzona infekcja oraz jej eliminacja z systemu ochrony zdrowotnej stanowić będzie wielokrotnienie liczby ryzyk związanych z niedoborem kadry udzielającej bezpośrednio świadczeń na stanowiskach intensywnej terapii wobec chorych z ostrą niewydolnością oddechową w przebiegu COVID-19 i wymagających specjalistycznej terapii wentylacyjnej. Wobec takiego stanowiska ustawodawcy wydaje się zasadnym nawiązanie ścisłej współpracy z PTAiIT, reprezentującym kilkutyśięcną grupę lekarzy specjalistów i lekarzy szkolących się – grupę zawodową, na której może spocząć masowy obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych u najciężej chorych i w ślad za tym powodzenie walki z pandemią COVID-19.

Jako Prezes i Sekretarz PTAiIT zapewniamy Pacjentów, iż wszyscy koledzy anestezjododzy dołożą wszelkich należytych starań, aby naszym Pacjentom nadal udzielać świadczenia z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii na odpowiednim poziomie oraz aby nie ponieśli żadnego uszczerbku w trakcie ich udzielania, niezależnie od sytuacji epidemiologicznej w kraju.

Prezes PTAiIT  
Krzysztof Kusza

Sekretarz PTAiIT  
Mariusz Piechota