

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 20 grudnia 2012 r.

w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w zakresie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny, a także sedacji, udzielanych przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa oraz lekarza w trakcie specjalizacji.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) anestezja – wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych;
- 2) intensywna terapia – postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego;
- 3) lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii – lekarza, który:
 - a) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie:
 - anestezjologii,
 - anestezjologii i reanimacji lub
 - anestezjologii i intensywnej terapii, lub
 - b) uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 4) lekarz anestezjolog – lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 5) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 6) pielęgniarka anestezjologiczna – pielęgniarkę, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- 7) resuscytacja – działanie mające na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania;
- 8) sedacja – działanie mające na celu zniesienie niepokoju, strachu oraz wywołanie uspokojenia pacjenta;
- 9) zabieg w trybie natychmiastowym – zabieg wykonywany natychmiast po podjęciu przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem;
- 10) zabieg w trybie pilnym – zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742.

życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;

11) zabieg w trybie przyspieszonym – zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;

12) zabieg w trybie planowym – zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

§ 3. Kwalifikacja pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalach odbywa się zgodnie z aktualnymi Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi sposób kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 4. 1. W szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz pacjentów dorosłych, tworzy się oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadkach gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, tworzy się oddziały anestezjologii.

2. W szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz dzieci, tworzy się oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, a w przypadkach gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, tworzy się oddziały anestezjologii dla dzieci.

3. Liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii stanowi co najmniej 2 % ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

4. Usytuowanie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zapewnia komunikację z blokiem operacyjnym, szpitalnym oddziałem ratunkowym lub oddziałem przyjęć i pomocy doraźnej oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi.

5. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zapewnia się izolatkę dostępną z traktów komunikacji oddziału, która posiada służbę umożliwiającą umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych.

6. Tworzy się następujące poziomy referencyjne oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalach, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz dorosłych oraz dzieci:

1) pierwszy poziom referencyjny;

2) drugi poziom referencyjny;

3) trzeci poziom referencyjny.

7. Warunki ogólne wymagane dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci oraz oddziałów anestezjologii lub oddziałów anestezjologii dla dzieci w szpitalach są określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia.

8. Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalach są określone w częściach II i III załącznika nr 1 do rozporządzenia.

9. W szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, w obrębie bloku operacyjnego lub w bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego znajdują się sale nadzoru poznieczuleniowego.

10. Kierującym oddziałami szpitala wymienionymi w ust. 1 lub 2 powinien być lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

11. Pielęgniarką oddziałową oddziału szpitala wymienionego w ust. 1 lub 2 powinna być pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

§ 5. Standardy określone w § 9 pkt 5 i 7–15 oraz wymagania dotyczące wyposażenia stanowiska znieczulenia określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia stosuje się w:

1) ambulatorium lub przedsiębiorstwie, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne,

- 2) pomieszczeniach, w których jest wykonywana praktyka zawodowa
– w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji.

§ 6. 1. Świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia bólu mogą być udzielane w szpitalu w ramach oddziału wymienionego w § 4 ust. 1 lub 2.

2. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziale anestezjologii lub oddziale anestezjologii dla dzieci w szpitalu może zostać utworzony zespół zajmujący się leczeniem bólu ostrego, głównie pooperacyjnego.

3. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu mogą być również hospitalizowani pacjenci wymagający, w celu leczenia bólu, wykonania inwazyjnych zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych albo odpowiedniego monitorowania lub leczenia pacjentów.

§ 7. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii przejmuje na wezwanie prowadzenie resuscytacji i podejmuje decyzję o jej zakończeniu.

§ 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 znieczulania chorych 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 lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2.

3. Lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie, jeżeli wykonanie tego znieczulenia jest bezpośrednio nadzorowane przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

4. Za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może równocześnie nadzorować pracę nie więcej niż trzech lekarzy w trakcie specjalizacji, wykonujących znieczulenia chorych, 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. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii nadzorujący pracę lekarzy w trakcie specjalizacji znajduje się w bezpośredniej bliskości znieczulanych chorych przez cały czas trwania znieczulenia.

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. 4, potwierdza pisemnie kierownik specjalizacji. Potwierdzenie jest przechowywane w aktach osobowych lekarza w trakcie specjalizacji.

§ 9. Ustala się następujące standardy postępowania medycznego przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji:

- 1) kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2, określa procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym;
- 2) kierownik podmiotu leczniczego, w porozumieniu z kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2, ustala sposób komunikacji alarmowej;
- 3) plan zabiegów wykonywanych w szpitalu ustala się w porozumieniu z kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2; plan ten powinien uwzględniać zasadę nadrzędności mniejszego ryzyka zagrożenia dla zdrowia i życia pacjenta, a w szczególności powinien być dostosowany do liczby lekarzy udzielających świadczeń z zakresu anestezji oraz do wyposażenia podmiotu leczniczego w wyroby medyczne niezbędne do udzielania tych świadczeń;
- 4) w przypadku gdy w szpitalu są wykonywane zabiegi na rzecz pacjentów dorosłych oraz na rzecz dzieci, plan zabiegów powinien dodatkowo uwzględniać zasadę rozdziału czasowego lub przestrzennego wykonywania zabiegów dla tych grup pacjentów;

- 5) lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadza, nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi; lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia;
- 6) jeżeli pacjent jest małoletni, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, o którym mowa w pkt 5, nie może odbywać się w pomieszczeniach przeznaczonych dla pacjentów dorosłych;
- 7) lekarz dokonujący kwalifikacji pacjenta do znieczulenia wypełnia kartę konsultacji anestezjologicznej, podczas kwalifikacji pacjenta do znieczulenia;
- 8) dokument zawierający zgodę pacjenta na znieczulenie dołącza się do historii choroby;
- 9) lekarz dokonujący znieczulenia może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta; podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną;
- 10) przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz dokonujący znieczulenia, a w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji również lekarz nadzorujący znieczulenie, jest obowiązany:
 - a) sprawdzić wyposażenie stanowiska znieczulenia,
 - b) skontrolować sprawność działania wyrobów medycznych niezbędnych do znieczulenia i monitorowania,
 - c) skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawek ze środkami anestetycznymi, strzykawek z lekami stosowanymi podczas znieczulenia,
 - d) przeprowadzić kontrolę zgodności biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia w przypadku konieczności jej toczenia,
 - e) dokonać identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu;
- 11) lekarz dokonujący znieczulenia znajduje się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia;
- 12) lekarz dokonujący znieczulenia wypełnia kartę przebiegu znieczulenia, uwzględniającą w szczególności jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania;
- 13) jeżeli inny lekarz kontynuuje znieczulenie pacjenta, lekarz ten ponosi odpowiedzialność za to znieczulenie od chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia; lekarz kontynuujący znieczulenie jest obowiązany zapoznać się ze wszystkimi informacjami dotyczącymi znieczulanego pacjenta, przebiegu znieczulenia oraz wyrobów medycznych; przejęcie odpowiedzialności za znieczulenie lekarz kontynuujący znieczulenie potwierdza pisemnie w karcie przebiegu znieczulenia;
- 14) lekarz dokonujący znieczulenia może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia resuscytacji innego pacjenta, jeżeli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia; w takim przypadku przy pacjencie do czasu przybycia lekarza dokonującego znieczulenia pozostaje pielęgniarka anestezjologiczna;
- 15) transport pacjenta bezpośrednio po zakończonym znieczuleniu odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa lub lekarza w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, respiratora, urządzeń monitorujących podstawowe funkcje życiowe i innego niezbędnego sprzętu;
- 16) w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego.

§ 10. Świadczenia z zakresu intensywnej terapii są udzielane w szpitalu na stanowiskach intensywnej terapii.

§ 11. Ustala się następujące standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu:

- 1) prowadzi się ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i stosuje się dostępne metody i techniki terapeutyczne, ze szczególnym uwzględnieniem inwazyjnych i wspomagających czynności podstawowych układów organizmu;
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej, w oddziale;
- 3) intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii;
- 4) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii;
- 5) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz odbywający w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii staż specjalizacyjny w ramach innych dziedzin medycyny lub staż podyplomowy, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii;
- 6) na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej;
- 7) należy zapewnić możliwość izolacji pacjentów oraz dostępność wyrobów medycznych monitorujących i terapeutycznych, niezbędnych do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia.

§ 12. 1. Leczenie chorych w ramach intensywnej terapii w szpitalu ma charakter interdyscyplinarny.

2. W razie gdy stan pacjenta nie wymaga dalszego postępowania w zakresie intensywnej terapii, leczenie przejmują inne oddziały szpitala.

§ 13. W celu prawidłowego udzielania świadczenia z zakresu intensywnej terapii podmiot leczniczy prowadzący szpital zapewnia możliwość przeprowadzania w lokalizacji rozumianej jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń, całodobowych niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych.

§ 14. Lekarz kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu przeprowadza raz w roku ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale, w szczególności zgodności postępowania z procedurami określonymi w § 9 pkt 1, aktualnymi zaleceniami odpowiednich towarzystw naukowych, kompletności dokumentacji i występowania zdarzeń medycznych, o których stanowi art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742).

§ 15. Ustala się rodzaje czynności medycznych wykonywanych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii lub w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu przez lekarzy, o których mowa w § 11 pkt 3–5:

- 1) podstawowe - wymienione w części A załącznika nr 2 do rozporządzenia;
- 2) inne, których wykonywanie jest uwarunkowane wyposażeniem oddziału w odpowiednie wyroby medyczne - wymienione w części B załącznika nr 2 do rozporządzenia.

§ 16. 1. Pielęgniarki wykonujące przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w dotychczasowych przepisach dla przeszkolonych pielęgniarek, niespełniające wymagań określonych w § 2 pkt 6, mogą wykonywać czynności przewidziane dla pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2016 r.

2. Podmioty lecznicze niespełniające w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku udzielania świadczeń wyłącznie w zakresie anestezji, odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii, dostosują się do wymagań określonych w § 4 ust. 1 i 2 w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

3. Lekarz będący przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniający wymagań określonych w § 4 ust. 10, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

4. Pielęgniarka będąca przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniająca wymagań określonych w § 4 ust. 11, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

§ 17. 1. Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia:

- 1) w części I „Organizacja udzielania świadczeń”, „Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny” oraz „Pozostałe wymagania” - w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2016 r.;
- 2) w części I „Personel” oraz w części II „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii”, oraz w części III „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci” – w terminie nie dłuższym niż do dnia 1 lipca 2017 r.;
- 3) w części I „Wymagania przestrzenne” - w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

2. Przepis ust. 1 w zakresie obowiązku dostosowania się do wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia dotyczących „Wyposażenia stanowiska znieczulenia” stosuje się, w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2016 r., do podmiotów leczniczych prowadzących ambulatorium lub przedsiębiorstwo, w którym udzielane są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne, oraz do prowadzących praktyki zawodowe.

§ 18. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia³⁾.



MINISTER ZDROWIA

W zastępstwie
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Stawomir Neumann
Sławomir Neumann

2012 -12- 2 0

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Organizacji Opieki Zdrowia

B. Rorant
Beata Rorant

DYREKTOR
Departamentu Prawnego

P. Bader

Władysław Puzoń
radca prawny

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej 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 (Dz. U. Nr 37, poz. 215, oraz z 2007 r. Nr 160, poz. 1133), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2013 r. na podstawie art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia..... w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych (Dz.)

Załącznik nr 1

WARUNKI DLA ODDZIAŁÓW ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ ODDZIAŁÓW ANESTEZJOLOGII W SZPITALACH

Część I. Warunki ogólne dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziału anestezjologii w szpitalu

Lp.	Oddział	3	4	Warunki wymagane
1.	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii/ oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddział anestezjologii/oddział anestezjologii dla dzieci, w skład którego wchodzi	Lekarze		<ol style="list-style-type: none"> 1) na I poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 4 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 2) na II poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 5 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 3) na III poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 6 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego); 4) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego) - odpowiednio do potrzeb.
	w szczególności: a) stanowiska intensywnej terapii (dotyczy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii/oddziału anestezjologii i intensywnej terapii)	Pielęgniarki		<ol style="list-style-type: none"> 1) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka anestezjologiczna; 2) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu - pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub pielęgniarka - odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń.
	anestezjologii i intensywnej terapii	Pozostały personel		Równoważnik co najmniej 0,5 etatu - fizjoterapeuta - odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń (dotyczy trzeciego poziomu referencyjnego).

<p>dla dzieci), b) stanowiska znieczulenia, c) stanowiska nadzoru poznieczuleniowego</p>	<p>Organizacja udzielania świadczeń</p>	<p>1) sala nadzoru poznieczuleniowego odrębna dla pacjentów dorosłych oraz dzieci, która znajduje się w obrębie bloku operacyjnego lub bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego; 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w sali nadzoru poznieczuleniowego wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza anestezjologa, w oddziale (nie może być łączona ze stałą obecnością lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w oddziale przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na stanowisku intensywnej terapii); 3) bezpośredni nadzór nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego prowadzi pielęgniarki anestezjologiczne, którym należy zapewnić środki techniczne umożliwiające stały kontakt z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii; 4) stosunek liczby pielęgniarek anestezjologicznych w sali nadzoru poznieczuleniowego na każdej zmianie do liczby faktycznie obłożonych stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinien być niższy niż 1:4; 5) ustala się trzy poziomy intensywności opieki pielęgniarskiej na stanowiskach intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii: a) najniższy poziom opieki - potrzeba ciągłego monitorowania z powodu zagrożenia niewydolnością narządową – co najmniej 1 pielęgniarka na 3 stanowiska intensywnej terapii na zmianę. b) pośredni poziom opieki - pacjent z 1 niewydolnością narządową bezpośrednio zagrażającą życiu i wymagającą mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie – co najmniej 1 pielęgniarka na 2 stanowiska intensywnej terapii na zmianę. c) najwyższy poziom opieki - pacjent z 2 lub więcej niewydolnościami narządowymi, które bezpośrednio zagrażają życiu pacjenta i wymagają mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie czynności narządów – co najmniej 1 pielęgniarka na 1 stanowisko intensywnej terapii na zmianę.</p>
<p>Wyposażenie w wyroby</p>	<p>A. Wyposażenie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii</p>	

	<p>medyczne</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) elektryczne urządzenie do ssania – co najmniej 1 na 3 stanowiska intensywnej terapii, ale nie mniej niż 2 w oddziale; 2) sprzęt do pomiaru rzutu serca - co najmniej 1 na cztery stanowiska intensywnej terapii; 3) aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego - co najmniej 1 na osiem stanowisk intensywnej terapii, jeżeli w szpitalu nie ma odcinka (stacji) dializ; 4) bronchofiberoskop - co najmniej 1 na oddział; 5) sprzęt do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego - co najmniej 1 na oddział; 6) przyłóżkowy aparat rentgenowski – co najmniej 1 na oddział; 7) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca - co najmniej 1 na oddział; 8) respirator transportowy - co najmniej 1 na 5 stanowisk.
	<p>B. Wyposażenie stanowiska intensywnej terapii</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwoleżynowym; 2) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21 – 100 %; 3) źródła elektryczności, tlenu, powietrza i próżni; 4) zestaw do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym; 5) sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów, w tym co najmniej 6 pomp infuzyjnych; 6) kardiomonitor; 7) pulsoksymetr; 8) kapnograf; 9) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną; 10) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi; 11) materac lub inne urządzenie od aktywnej regulacji temperatury pacjenta; 12) fonendoskop.
	<p>C. Wyposażenie stanowiska znieczulenia</p>

		<p>1) aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym; aparaturę anesteziologiczną stanowiska znieczulenia ogólnego z zastosowaniem sztucznej wentylacji płuc wyposaża się także w:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym, b) alarm rozłączenia w układzie oddechowym, c) urządzenie ciągłego pomiaru częstości oddychania, d) urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych; <ol style="list-style-type: none"> 2) worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe; 3) źródło tlenu, powietrza i próżni; 4) urządzenie do ssania; 5) zestaw do intubacji dotchawicznej z rurkami intubacyjnymi i dwoma laryngoskopami; 6) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji – co najmniej 1 na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wyodrębnioną salę operacyjną; 7) wyciąg gazów anestetycznych; 8) zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym; 9) znormalizowany stolik (wózek) anesteziologiczny; 10) źródło światła; 11) sprzęt do dożylnego podawania leków; 12) fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsercowy; 13) aparat do pomiaru ciśnienia krwi; 14) termometr; 15) pulsoksymetr; 16) monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych; 17) kardiomonitor; 18) kapnometr; 19) monitor zwiótczenia mięśniowego – 1 na stanowisko znieczulenia; 20) monitor gazów anestetycznych – 1 na stanowisko znieczulenia; 21) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi; 22) urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych; 23) urządzenie do ogrzewania pacjenta – co najmniej 1 na 3 stanowiska znieczulenia; 24) sprzęt do szybkich przetoczeń płynów; 25) sprzęt do regulowanych przetoczeń płynów; 26) co najmniej 3 pompy infuzyjne.
--	--	---

		<p>D. Wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego lub stanowiska nadzoru poznieczuleniowego</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wózek reanimacyjny i zestaw do konikotomii; 2) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji; 3) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 % – co najmniej 1 na salę nadzoru poznieczuleniowego; 4) stanowiska nadzoru poznieczuleniowego: <ol style="list-style-type: none"> a) źródło tlenu, powietrza i próżni, b) aparat do pomiaru ciśnienia krwi, c) monitor EKG, d) pulsoksymetr, e) termometr; 5) elektryczne urządzenia do ssania – co najmniej 1 na 3 stanowiska nadzoru poznieczuleniowego; 6) zapewnienie się możliwości obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwości obserwacji twarzy.
	<p>Pozostałe wymagania</p>	<p>W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zapewnienie się dodatkowo przyłóżkowy aparat usg, aparat do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych oraz zestaw do zabezpieczenia drożności dróg oddechowych w przypadku wystąpienia zdarzenia jakim są „trudne drogi oddechowe”; w skład zestawu wchodzi co najmniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) laryngoskop z łopatką z łamanym zakończeniem; 2) rękojeść krótka; 3) maski krtaniowe w różnych rozmiarach; 4) prowadnica długa i sprężysta (typ bougie); 5) prowadnica światłowodowa lub video laryngoskop; 6) rurki ustno-gardłowe; 7) rurka krtaniowa; 8) zestaw do konikopunkcji; 9) zestaw do tracheotomii.
	<p>Wymagania przestrzenne</p>	<p>Powierzchnia pokoi łóżkowych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz sali nadzoru poznieczuleniowego wynosi odpowiednio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pokój 1-stanowiskowy - co najmniej 18,0 m², 2) pokój wielostanowiskowy - co najmniej 16,0 m² na 1 stanowisko.

Część II. Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalu

Warunki wymagane		
Lp.	Poziom referencyjny	
1.	<p>2</p> <p>Pierwszy poziom referencyjny</p>	<p>3</p> <p>Organizacja udzielania świadczeń</p> <p>1) co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii; 2) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywnej opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.</p> <p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital: 1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych; 2) co najmniej jednego oddziału zabiegowego.</p>
2.	<p>Drugi poziom referencyjny</p>	<p>4</p> <p>Organizacja udzielania świadczeń</p> <p>1) co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii; 2) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywnej opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.</p> <p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital: 1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu; 2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę; 3) oddziału chirurgii ogólnej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 4) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólniej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego.</p>
		<p>Pozostałe wymagania</p>

3.	Trzeci poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<p>1) co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii;</p> <p>2) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 2 lekarzy (lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji), w tym co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);</p> <p>3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.</p>
Pozostałe wymagania		<p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu; 2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę; 3) oddziału chirurgii ogólnej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 4) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego; 5) oddziału chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń. <p>Do podmiotów leczniczych realizujących świadczenia wysokospecjalistyczne określone w przepisach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji nie stosuje się wymogów określonych w punktach 3-5.</p>	

Część III. Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu

		Warunki wymagane	
Lp.	Poziom referencyjny	3	4
1.	Pierwszy poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii, w tym co najmniej 1 dla noworodków; 2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków; 3) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 4) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna z uwzględnieniem szczególnych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.
2.	Drugi poziom referencyjny	Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi; 2) co najmniej jednego dziecięcego oddziału zabiegowego.
		Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii, w tym co najmniej 3 dla noworodków; 2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków; 3) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 4) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna z uwzględnieniem szczególnych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.

		Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze leczniczego prowadzącego szpital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi; 2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę; 3) oddziału chirurgii dziecięcej z możliwością udzielania świadczeń z zakresu traumatologii narządu ruchu oraz nagłych przypadków z zakresu neurochirurgii.
3.	Trzeci poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii, w tym co najmniej 4 dla noworodków; 2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków; 3) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 2 lekarzy (lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji), w tym co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 4) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 5 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.
		Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze leczniczego prowadzącego szpital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi; 2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę; 3) oddziału chirurgii dziecięcej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 4) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego.

**RODZAJE CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH WYKONYWANYCH W ODDZIAŁACH
ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII**

Część A. Czynności podstawowe:

- 1) ciągłe przyłóżkowe monitorowanie EKG;
- 2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną;
- 3) ciągły pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą inwazyjną;
- 4) pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego;
- 5) pomiar ciśnienia wewnątrzczaszkowego;
- 6) ciągły pomiar ciśnienia w tętnicy płucnej metodą inwazyjną;
- 7) pomiar rzutu serca;
- 8) zabezpieczenie drożności dróg oddechowych;
- 9) przedłużona wentylacja płuc z użyciem respiratora z regulacją stężenia tlenu w respiratorze w zakresie 21-100%;
- 10) wziernikowanie dróg oddechowych za pomocą bronchofiberoskopu;
- 11) terapia płynami infuzyjnymi za pomocą pomp infuzyjnych, strzykawk automatycznych;
- 12) toaleta dróg oddechowych za pomocą urządzeń ssących;
- 13) ciągłe leczenie nerkozastępcze;
- 14) przyłóżkowa diagnostyka rtg i usg;
- 15) monitorowanie temperatury ciała;
- 16) defibrylacja, kardiowersja, stymulacja zewnętrzna serca;
- 17) pulsoksymetria;
- 18) kapnometria.

Część B. Czynności inne, których wykonywanie jest uwarunkowane wyposażeniem oddziału w odpowiednie wyroby medyczne:

- 1) przyłóżkowa diagnostyka rtg z torem wizyjnym;
- 2) kontrapulsacja wewnątrzaoortalna lub inna metoda mechanicznego wspomaganie czynności serca, odpowiednia do wieku pacjenta;
- 3) pozaustrojowe wspomaganie czynności wątroby;
- 4) pozaustrojowa wymiana gazów;
- 5) leczenie wziewne tlenkiem azotu;
- 6) diagnostyka procesu hemostazy z zastosowaniem tromboelastometrii;
- 7) hipotermia terapeutyczna.

Uzasadnienie

Przedmiotowa regulacja stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Przepis art. 22 ust. 5 ustawy stanowi, że 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.

Przedmiotowy projekt rozporządzenia został przygotowany w oparciu o dotychczasowe rozwiązania zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej 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 (Dz. U. Nr 37, poz. 215 oraz z 2007 r. Nr 160, poz. 1133) oraz stanowi kontynuację treści zapisów zawartych w rozporządzeniu 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 (Dz. U. Nr 31, poz. 158) w części dotyczącej wymagań dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

Celem nadrzędnym projektu jest dostosowanie zapisów do obecnie obowiązujących przepisów prawa, jak również rozwoju medycyny i postępu w diagnostyce medycznej.

Zgodnie z art. 219 ust. 1 pkt 3 w zw. z art. 220 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej, akty wykonawcze wydane na podstawie, między innymi art. 22 ust. 5, zachowują moc do dnia wejścia w życie odpowiednich aktów wykonawczych, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2012 r.

W stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej 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, zapisy, konsekwentnie w całym rozporządzeniu, zostały stosownie zmodyfikowane.

W części normatywnej rozporządzenia poza korektą wynikającą z konieczności dostosowania nazewnictwa do obowiązujących przepisów prawa, wprowadzono w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych słowniczek definiujący poszczególne pojęcia oraz dokonano zmian o charakterze merytorycznym, które wynikają z konieczności określenia nowych wymagań dotyczących postępowania anestezjologicznego w zakresie bezpiecznego znieczulenia i procedur intensywnej terapii prowadzonych wobec dorosłych i dzieci.

Rozszerzono zakres świadczeń z zakresu anestezji o sedację i resuscytację, jak również doprecyzowano, iż rozporządzenie nie narusza zasad postępowania medycznego w zakresie anestezjologii określonych w przepisach odrębnych.

Ponadto, z uwagi na konieczność zapewnienia prawidłowej dostępności chorych do stanowisk intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, wprowadzono przepis stanowiący, że kwalifikacja chorych do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się zgodnie z Wytocznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Dookreślono również poziomy referencyjne dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, co z punktu widzenia dynamicznego rozwoju technologii medycznych, zwiększającej się liczby pacjentów znacznie obciążonych jest niezwykle istotne w celu zapewnienia ich bezpieczeństwa.

Dotychczasowe pojęcie „sala pooperacyjna (wybudzeń)” zastąpiono pojęciem „sala nadzoru poznieczuleniowego”, poza tym doprecyzowano, iż w szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji, w obrębie bloku operacyjnego lub bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego, znajdują się sale nadzoru poznieczuleniowego.

Poza tym wskazano, iż w ambulatorium lub przedsiębiorstwie, w którym udzielane są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne oraz w pomieszczeniach, w których jest wykonywana praktyka zawodowa, w których udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, stosuje się wymagania określone wyłącznie w § 9 ust. 1 pkt 5 i 7-15 oraz w części I załącznika nr 1 do niniejszego rozporządzenia dotyczących „Wyposażenia stanowiska znieczulenia”.

Ponadto zostały dookreślone warunki dotyczące kierujących oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii albo oddziałem anestezjologii i pielęgniarstwa oddziałowej. Wymagania jakie powinni spełniać pod względem fachowym kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii albo oddziałem anestezjologii i pielęgniarstwa oddziałowa zapewniają właściwą organizację oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałów anestezjologii.

Dodatkowo rozszerzono standard o świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia bólu wprowadzając możliwość utworzenia zespołu zajmującego się leczeniem bólu ostrego, głównie pooperacyjnego oraz możliwość hospitalizacji chorych, w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w przypadku pacjentów wymagających wykonania inwazyjnych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych.

Poza tym w celu dostosowania terminologii do obecnie obowiązującego nazewnictwa w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, pojęcia „znieczulenie przewodowe” zastąpiono pojęciem „znieczulenie regionalne”.

Szczegółowo dookreślono również kompetencje lekarza anestezjologa do realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji wskazując, iż lekarz anestezjolog znieczula chorych powyżej 3 roku życia, których stan ogólny wg skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II lub III, natomiast w pozostałych przypadkach, lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem albo oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii. Poza tym lekarzom specjalistom anestezjologii i intensywnej terapii umożliwiono jednoczesne nadzorowanie pracy trzech lekarzy w trakcie specjalizacji, wykonujących znieczulenia chorych, których stan fizyczny 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, za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii nadzorujący pracę lekarzy w trakcie specjalizacji znajduje się w bezpośredniej bliskości znieczulanych chorych przez cały czas trwania znieczulenia.

Przyjęcie powyższego rozwiązania ma na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji.

Poza tym w projektowanym rozporządzeniu wprowadzono modyfikację przepisu, zgodnie z którym zobowiązano kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital do określania: w porozumieniu z kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii, procedur przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykazu badań, oraz do ustalania planu zabiegów wykonywanych w szpitalu. Wskazano również na konieczność, w przypadku badania pacjenta małoletniego, dokonywania badań kwalifikujących do znieczulenia w pomieszczeniach przeznaczonych dla pacjentów dorosłych. Uzupełniono również przepisy rozporządzenia o konieczności dołączania do historii choroby dokumentu zawierającego zgodę pacjenta na znieczulenie. Poza tym doprecyzowano warunek, iż lekarz dokonujący znieczulenia może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta oraz uzupełniono zobowiązanie lekarza do konieczności przeprowadzenia kontroli zgodności biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczonego do przetoczenia.

Powyższe zmiany mają na celu stworzeniem warunków służących poprawie jakości i bezpieczeństwa wykonywanych świadczeń na rzecz pacjentów znajdujących się w bezpośrednim zagrożeniu życia.

Ponadto zobligowano lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, w tym oddziałem dla dzieci, do przeprowadzenia okresowej oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności zgodności ze standardami postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji, zgodności z regulaminem organizacyjnym określającym zasady przygotowania pacjenta do znieczulenia, a ponadto zaleceniami towarzystw naukowych zgodności kompletności dokumentacji oraz występowania zdarzeń medycznych. Powyższa kontrola pozwoli na analizę poprawności udzielanych świadczeń, ocenę ich jakości oraz ewentualną poprawę, co w sposób istotny przyczyni się do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów.

W załączniku nr 1 w części I określono warunki ogólne dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii/oddziału anestezjologii, w tym dla dzieci, w skład którego wchodzi, w szczególności: stanowiska intensywnej terapii, stanowiska znieczulenia oraz stanowiska nadzoru poznieczuleniowego poprzez określenie: wymagań etatowych dla lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu, warunków organizacji udzielania

świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną: oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiska intensywnej terapii, stanowiska znieczulenia, sali nadzoru poznieczuleniowego oraz pozostałych wymagań i wymagań przestrzennych. W części II załącznika nr 1 określono warunki szczegółowe odpowiednio dla poszczególnych poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii poprzez wskazanie wymagań dot. organizacji udzielania świadczeń (liczba stanowisk intensywnej terapii, wyodrębniona całodobowa opieka lekarska i pielęgniarska) oraz pozostałych wymagań (zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego odpowiednich komórek organizacyjnych). Natomiast w części III załącznika nr 1 określono warunki szczegółowe odpowiednio dla poszczególnych poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci poprzez wskazanie wymagań dotyczących organizacji udzielania świadczeń (liczba: stanowisk intensywnej terapii, aparatów do znieczulenia ogólnego, respiratorów, inkubatorów; wyodrębnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej) oraz pozostałych wymagań (zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego odpowiednich komórek organizacyjnych). Tak szczegółowe określenie wymagań dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii przyczyni się do zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń a tym samym zmniejszenia ilości obserwowanych zdarzeń krytycznych zakończonych zgonem lub trwałym kalectwem, zwiększenia przeżycia chorych oraz polepszenia jakości ich życia. Stopniowe osiąganie minimów poprzez standaryzowanie niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych zasobów kadrowych (lekarskich i pielęgniarskich) jak również standaryzowanie wymagań w zakresie minimalnej liczby stanowisk intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii wraz z ich niezbędnym wyposażeniem, w stosunku do wszystkich „ostrych” łóżek szpitala, ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa każdego chorego, który wymaga hospitalizacji. Tak opisane wymagania pozwala zmniejszyć liczbę zdarzeń krytycznych bezpośrednio zagrażających życiu w grupie chorych poddanych znieczuleniu. Wprowadzenie zapisów dotyczących wymagań przestrzennych ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa chorych, jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie zminimalizowanie ryzyka zagrożenia życia chorych.

W załącznik nr 2 rozporządzenia „Rodzaje czynności medycznych wykonywanych w oddziałach intensywnej terapii”, w części A zostały zaktualizowane pod względem terminologicznym, poza tym zostały rozszerzone o: czynności z zakresu pomiaru rzutu serca, ciągłego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi metodą inwazyjną, pomiaru ciśnienia wewnątrzczaszkowego, czynności medyczne z zakresu ciągłego leczenia nerkozastępczego, defibrylację. Natomiast w części B również zweryfikowano inne czynności medyczne, których wykonywanie jest uwarunkowane wyposażeniem oddziału w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny, pozostawiając następujące czynności: przyłóżkowa diagnostyka rtg z torem wizyjnym, kontrapulsacja wewnątrzaoortalna, pozaustrojowe wspomaganie czynności wątroby, pozaustrojowa wymiana gazów, leczenie wziewne tlenkiem azotu, diagnostyka procesu hemostazy z zastosowaniem tromboelastometrii, hipotermia terapeutyczna.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Jednocześnie wprowadzono przepis umożliwiający pielęgniarkom nie spełniającym wymagań określonych w § 2 pkt 6, wykonującym w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w dotychczasowych przepisach dla przeszkolonych pielęgniarek, wykonywanie czynności przewidzianych dla pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2016 r.

Poza tym umożliwiono podmiotom leczniczym, nie spełniającym w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub w przypadku udzielania świadczeń wyłącznie w zakresie anestezji odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii, dostosowanie do wymagań określonych w § 4 ust. 1 i 2 niniejszego rozporządzenia w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

Ponadto lekarzom, którzy w dniu wejścia w życie rozporządzenia, kierują oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu, a nie spełnia wymagań określonych w § 4 ust. 11, umożliwiono pełnienie tych funkcji nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r. Podobnie pielęgniarkom będącym w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarkami oddziałowymi oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, które nie spełniają wymagań określonych w § 4 ust. 12, umożliwiono pełnienie funkcji nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

Dodatkowo podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1, dostosują się do wymagań określonych w przepisach niniejszego rozporządzenia w części I „Organizacja udzielania świadczeń”, „Wyposażenie w aparaturę i sprzęt

medyczny” oraz „Pozostałe wymagania” do dnia 31 grudnia 2016 r., w części I „Personel” oraz w części II „Warunki szczególne dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii” oraz w części III „Warunki szczególne dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci” do dnia 1 lipca 2017 r., a w części I „Wymagania przestrzenne” do dnia 31 grudnia 2018 r.

Ponadto podmioty lecznicze prowadzące ambulatorium lub przedsiębiorstwa, w którym udzielane są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne, oraz praktyki zawodowej dostosują się w terminie do dnia 31 grudnia 2016 r. do wymagań określonych w części I załącznika nr 1, dotyczących „Wyposażenia stanowiska znieczulenia”.

Przyjęcie powyższych przepisów ma na celu umożliwienie dostosowania się przez świadczeniodawców do nowych warunków określonych w przedmiotowym rozporządzeniu.

Projekt rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej, zgodnie z opinią Ministra Spraw Zagranicznych wyrażoną przy piśmie z dnia 19 czerwca 2012 r. (znak: DPUE-920-681-12/mz/1 SM-1142).

Ocena Skutków Regulacji

1) Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Regulacja oddziałuje na ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty lecznicze prowadzące szpitale udzielające świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz świadczeniobiorców.

2) Konsultacje społeczne

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt został przesłany do zaopiniowania do około 210 podmiotów. Projekt konsultowano m. in. z:

(a) konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny,

(b) samorządami zawodowymi (tj. Naczelną Izbą Lekarską, Naczelną Izbą Aptekarską, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych),

(c) związkami zawodowymi (tj. Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy Radiologów, Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Biurem Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związkiem Zawodowym Farmaceutów, Związkiem Zawodowym Anestezjologów, Związkiem Zawodowym Chirurgów Polskich, Związkiem Zawodowym Neonatologów, Związkiem Zawodowym Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pracowników Fizjoterapii, Krajowym Związkiem Zawodowym Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Ratowników Medycznych),

(d) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi działającymi na rzecz pacjentów (tj. Polską Unią Szpitali Klinicznych, Stowarzyszeniem Magistrów i Techników Farmacji, Stowarzyszeniem Menedżerów Ochrony Zdrowia, Stowarzyszeniem Primum Non Nocere, Stowarzyszeniem Unia Uzdrawisk Polskich, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Federacją Pacjentów Polskich, Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszeniem Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskim Stowarzyszeniem Producentów Leków bez Recepty PASMI, Stowarzyszeniem Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu, Polskemu Stowarzyszeniu Perfuzjonistów),

(e) towarzystwami naukowymi (tj. Polskim Towarzystwem Ortotyki i Protetyki Narządu Ruchu, Polskim Towarzystwem Ortopedycznym i Traumatologicznym, Polskim Towarzystwem Neurologicznym, Polskim Towarzystwem Chirurgii Onkologicznej, Polskim Towarzystwem Urologicznym, Polskim Towarzystwem Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Polskim Towarzystwem Medycyny Ratunkowej, Polskim Towarzystwem Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Polskim Towarzystwem Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, Polskim Towarzystwem Żywienia Klinicznego Dzieci, Polskim Towarzystwem Chorób Płuc, Polskim Towarzystwem Walki z Mukowiscydozą),

(f) instytucjami badawczymi (tj. Centrum Onkologii - Instytutem im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytutem Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie, Instytutem Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, Instytutem Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytutem „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytutem Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Instytutem Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie, Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego - PZH),

(g) uczelniami medycznymi (Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu, Akademią Medyczną im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Akademią Medyczną im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Uniwersytetem Medycznym w Lublinie, Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku, Gdańskim Uniwersytetem Medycznym, Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie, Śląskim Uniwersytetem Medycznym, Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze, Uniwersytetem Jagiellońskim w Krakowie, Uniwersytetem Medycznym w Łodzi, Wydziałem Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie),

(h) organizacjami pracodawców (tj. Związkiem Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacją Pracodawców w Gnieźnie, Związkiem Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolskim Związkiem Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacją Pracodawców; Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej, Polską Konfederacją Pracodawców Prywatnych, Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Związkiem Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Gdańskim Związkiem Pracodawców, Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszeniem Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Związkiem Pracodawców Ratownictwa Medycznego, Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolską Konfederacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Warmii i Mazur, Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia – Medycyna Prywatna, Związkiem Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych, Związkiem Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Polską Federacją Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związkiem Rzemiosła Polskiego, Polskim Związkiem Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Unią Farmaceutów Właścicieli Aptek, Związkiem Pracodawców Aptecznych PharmaNET).

(i) innymi instytucjami (tj. Narodowym Instytutem Leków, Krajowej Radzie Transplantacyjnej, Krajowej Izbie Gospodarczej, Izbie Lecznictwa Polskiego, Ogólnopolskiej Izbie Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, Polskiej Izbie Przemysłu Farmaceutycznego i Sprzętu Medycznego „POLFARMED”, Izbie Gospodarczej „Farmacja Polska”, Izbie Gospodarczej „Apteka Polska”).

W ramach konsultacji społecznych do projektu rozporządzenia zgłoszono następujące uwagi:

1) do części normatywnej rozporządzenia:

- propozycja zastąpienia określenia „sedacja” określeniem „analgosedacja” (Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Zarząd Krajowy w Bydgoszczy, Instytut Reumatologii im. Prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, Naczelna Rada Lekarska, ZZA USK, UM w Białymstoku) – nie uwzględniono, kwestie leczenia bólu regulowane są odrębnie;
- wskazano na konieczność odejścia od rozdzielania anestezji i intensywnej terapii na rzecz dzieci (Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Zarząd Krajowy w Bydgoszczy, Naczelna Rada Lekarska) – nie uwzględniono, ze względów merytorycznych rozdzielanie realizacji świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz dzieci i dorosłych jest uzasadnione;
- należy przywrócić kompetencje lekarza z I stopniem specjalizacji do realizacji znieczulenia (Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Zarząd Krajowy w Bydgoszczy, SPSK Nr 1 w Zabrze, Szpital Kliniczny Nr 7 SUM w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca, Podlaska Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, UM w Białymstoku, Naczelna Rada Lekarska, Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, ZZA USK/UM w Białymstoku) – uwzględniono, rozszerzono kompetencje lekarza z I stopniem specjalizacji, ale pod warunkiem uzyskania pisemnej zgody ordynatora;

- potrzeba uwzględnienia w rozporządzeniu standardu postępowania neonatologicznego (Konsultant Wojewódzki ds. neonatologii w województwie śląskim, Szpital Zakonu Bonifratów pw. Aniołów Stróżów w Katowicach, ŚUM w Katowicach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny I Ośrodek Badawczo-Rozwojowy we Wrocławiu, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Szpital Kielecki, WUM, ICZMP, Konsultant wojewódzki w zakresie neonatologii dla Mazowsza, Naczelna Rada Lekarska, Polskie Towarzystwo Neonatologiczne w Warszawie, Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii Konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii dla woj. warmińsko – mazurskiego, Związek Zawodowy Neonatologów, Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej) – nie uwzględniono, wykracza poza zakres nowelizacji;
- potrzeba rozszerzenia zapisów o czynności realizowane przez pielęgniarkę (Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki) – nie uwzględniono, wykracza poza zakres regulacji (standard nie dotyczy czynności pielęgniarzkich);
- należy określić kryteria przekazywania pacjentów do sali nadzoru poznieczuleniowego (Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, Stowarzyszenie Szpitali Małopolski) – nie uwzględniono, zgodnie z zapisami rozporządzenia pacjent w bezpośrednim okresie pooperacyjnym umieszczany jest w sali nadzoru poznieczuleniowego;
- konieczność określenia wytycznych odnoszących się do wyposażenia sal nadzoru poznieczuleniowego w sprzęt monitorujący oraz czasu przebywania w nich chorych po zabiegach operacyjnych, bezpośredni okres pooperacyjny (Instytut Reumatologii im. Prof. dr hab. med. Eleonory Reicher) – nie uwzględniono w części dotyczącej czasu przebywania na Sali pooperacyjnej, natomiast kwestie wyposażenia uregulowano w załączniku nr 1;
- potrzeba określenia wytycznych dotyczących wyposażenia OIOM (Instytut Reumatologii im. Prof. dr hab. med. Eleonory Reicher) – nie uwzględniono, wykracza poza zakres regulacji rozporządzenia (wyposażenie OIOM określono w rozporządzeniu „koszykowym” z zakresu leczenia szpitalnego);
- w przypadku sal nadzoru poznieczuleniowego wyposażonych w respiratory należy zwiększyć obsadę pielęgniarską (Instytut Reumatologii im. Prof. dr hab. med. Eleonory Reicher) – nie uwzględniono, dotyczy zwiększenia wymagań dla personelu pielęgniarskiego;
- należy uregulować kwestie dotyczące analgezji i znieczulenia porodu (Mazurskie Centrum Zdrowia Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ełku - "Pro-Medica" w Ełku Sp. z o. o.) – nie uwzględniono, reguluje to projekt innego rozporządzenia;
- należy zmienić wymóg ograniczający nadzór nad pracą dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji wykonujących znieczulenie chorych, do lekarzy, którzy ukończyli czwarty rok specjalizacji (Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiochirurgii, Wicemarszałek Województwa Opolskiego, konsultant w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla Mazowsza) – uwzględniono, 4 rok szkolenia specjalizacyjnego zmieniono na 2 rok;
- wskazanie na potrzebę rezygnacji z zapisów dotyczących działu, w związku z faktem, iż świadczenia z zakresu anestezji i intensywnej terapii wykonywane są na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadku ich braku - w ramach oddziału anestezjologii (Związek Zawodowy Anestezjologów, Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii, Konsultant anestezjologii i intensywnej terapii pediatricznej, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie) – uwzględniono;
- należy dodać punkt 3 do § 15 ust. 3 Przepisy § 6.2 stosuje się od dnia 01.01.2015 r. (Związek Zawodowy Anestezjologów) – nie uwzględniono;
- należy określić uwarunkowania przestrzenne dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii zgodne z europejskimi wytycznymi (Związek Zawodowy Anestezjologów) – nie uwzględniono, ponieważ wytyczne i rekomendacje ESICM dotyczą sytuacji, w której planuje się budowę nowego oddziału intensywnej terapii lub przebudowę istniejącego. Propozycja stanowi zbyt duże podwyższenie wymagań - niemożliwe do sprostania przez podmioty lecznicze zarówno finansowo jak i organizacyjnie;

- zalecenie powrotu do koncepcji stworzenia certyfikatu umiejętności z zakresu intensywnej terapii dla lekarzy różnych specjalności, którzy po przejściu odpowiedniego szkolenia i zdania egzaminu mieliby odpowiednią wiedzę i uprawnienia do samodzielnego prowadzenia intensywnej terapii (Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii) – nie uwzględniono, wykracza poza zakres regulacji;
- należy zmienić w rozporządzeniu zapis dotyczący ilości urządzeń wymaganych do hemofiltracji, tzn. 1 na 4 stanowiska (Szpital w Brzesku) – nie uwzględniono, pozostawiono dotychczas obowiązujące wymagania;
- w rozporządzeniu brak zapisu wskazującego na konieczność zapewnienia personelu pielęgniarskiego zgodnie z normą 1 pielęgniarka na 1 stanowisko znieczulenia (Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki) – nie uwzględniono, z uwagi na podwyższenie wymagań;
- dookreślenie zasad współpracy pielęgniarki anestezjologicznej z lekarzem anestezjologiem (Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki) – nie uwzględniono, wykracza poza zakres regulacji (nie reguluje zadań pielęgniarki);
- zmiana zapisu odnoszącego się do pisemnego potwierdzenia przez kierownika specjalizacji odbycia przez lekarza w trakcie specjalizacji przeszkolenia specjalistycznego (Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii) – nie uwzględniono, identyczny zapis zaproponowano w projekcie, przy czym zweryfikowano rok przeszkolenia z 4 lat do 2 lat;
- zobowiązanie lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalu do przedkładania kierownikowi podmiotu leczniczego, dyrektorowi szpitala, wyników okresowych ocen jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale (Uniwersytet Medyczny w Lublinie) – nie uwzględniono, ponieważ ww. sprawozdanie narzucałoby dodatkowy czasochłonny obowiązek na lekarza kierującego oddziałem;
- potrzeba zastąpienia określenia „specjalizacja w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki” określeniem „specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki” (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) – uwzględniono;
- w rozporządzeniu pominięto całkowicie problematykę zwalczania bólu w czasie porodu (Konsultant Krajowy w dziedzinie ginekologii i położnictwa) – nie uwzględniono, wykracza poza przedmiot regulacji;
- w rozporządzeniu nie doprecyzowano od kiedy "lekarz w trakcie specjalizacji" może wykonywać znieczulenie (Konsultant Krajowy w dziedzinie ginekologii i położnictwa) – nie uwzględniono, rozporządzenie określa, od którego roku szkolenia lekarz może realizować znieczulania pod nadzorem;
- doprecyzowanie zasad samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji przez lekarza anestezjologa w przypadku znieczulania chorych powyżej 3 r.ż. (Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii) – uwzględniono w części, zweryfikowano zapis poprzez określenie "stan ogólny";
- w stosunku do osoby kierującej OAiT należy uwzględnić alternatywnie ordynatora (Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii) – nie uwzględniono, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej pozostawiono kierującego oddziałem;
- rozważenie zasadności utworzenia trzeciego poziomu referencyjnego (Naczelna Rada Lekarska, Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu) – nie uwzględniono, trzeci poziom jest konieczny dla zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń;
- należy dookreślić kwestię przeprowadzenia badania w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia na 24 godziny przed planowanym zabiegiem operacyjnym (Wojewoda Wielkopolski, Związek Zawodowy Anestezjologów) – uwzględniono, zapisy zweryfikowano;
- należy zmienić zapis dotyczący zobowiązania do kontrolowania właściwego oznakowania płynów infuzyjnych, strzykawkę ze środkami anestetycznymi, itp. (Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki) – nieuwzględniona, wykracza poza zakres regulacji, standard nie dotyczy czynności pielęgniarzkich;
- zobowiązanie lekarza dokonującego znieczulenia do kontrolowania właściwego oznakowania płynów infuzyjnych, strzykawkę ze środkami anestetycznymi, strzykawkę z lekami stosowanymi podczas znieczulenia, testów zgodności preparatów krwi w tym w szczególności wykonania badania wyniku grupy krwi pacjenta (Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych) – uwzględniono;
- potrzeba zmiany określenia „próba krzyżowa” (nazwa historyczna) na określenie „próba zgodności” (Konsultant wojewódzki w dziedzinie transfuzjologii klinicznej) – uwzględniono;

2) do załącznika nr 1 do rozporządzenia:

- potrzeba zmiany wymagań dotyczących wymagań dla lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii na różnych poziomach referencyjnych (SPSK Nr 1 w Zabrze, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Szpital Powiatowy w Chrzanowie, Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie, Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiochirurgii, Wicemarszałek Województwa Opolskiego, UM w Białymstoku, Narodowy Fundusz Zdrowia, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera UM w Poznaniu, Szpital Powiatowy we Wrześni) – uwzględniono, przededagowano przepis oraz skorygowano (obniżono) wymagania dotyczące personelu medycznego;
- zastrzeżenia do norm zatrudnienia lekarzy dla poszczególnych poziomów referencyjności (Naczelna Rada Lekarska) - uwzględniono, zweryfikowano wymagania co do norm zatrudnienia;
- zmiana wymogu posiadania aparatu do ciągłego leczenia nerko zastępczego, co najmniej 1 na cztery stanowiska intensywnej terapii (Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Szpital Powiatowy w Chrzanowie, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera UM w Poznaniu) - uwzględniono, zmieniono wymagania pozostawiając je na poziomie dotychczasowych, tj. co najmniej 1 aparat na osiem stanowisk intensywnej terapii, jeżeli w szpitalu nie ma odcinka (stacji) dializ;
- należy rozważyć zapis dotyczący zwiększenia norm zatrudnienia pielęgniarek z 2,22 do 2,8 etatu na 1 stanowisko intensywnej (Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki) – uwzględniono, pozostawiono wymagania na dotychczasowym poziomie 2,2 etatu;
- należy rozważyć zmianę zapisu dotyczącego wyposażenia każdego stanowiska znieczulenia w określoną ilość pomp infuzyjnych, urządzeń do ogrzewania pacjenta, jak również wyposażenia sali nadzoru poznieczuleniowego w odpowiednią ilość respiratorów z opcją regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100% (co najmniej 1 respirator na 3 stanowiska nadzoru (Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH) – nie uwzględniono, wymagania w tym zakresie na dotychczasowym poziomie;
- należy zwiększyć zatrudnienie pielęgniarek na jedno stanowisko intensywnej terapii (Związek Zawodowy Anestezjologów, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) – nie uwzględniono, z uwagi na podwyższenie wymagań;
- pojęcie "sala nadzoru poznieczuleniowego" należy opisać w słowniczku (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH) – nie uwzględniono, wprowadzono nowe nazewnictwo i określono wymagania w załączniku nr 1;
- opis wyposażenia stanowiska znieczulenia należy rozszerzyć o prowadnicę światłowodową lub wideo laryngoskop (Sekcja Przystawowego Udrażniania Dróg Oddechowych, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii) – nie uwzględniono ponieważ w dotychczas obowiązującym rozporządzeniu nie było takich wymogów, poza tym przedmiotowa propozycja stanowi zbyt duże obciążenie finansowe dla podmiotów leczniczych ponieważ 90% stanowisk obecnie nie posiada ich „na swoim wyposażeniu” - zbyt duże podwyższenie wymagań;
- zmienić zapisy dotyczące poziomów intensywności opieki pielęgniarskiej (Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki) - nie uwzględniono, doprecyzowano zapisy, pozostawiając możliwość zapewnienia elastycznej organizacji udzielania świadczeń;
- wprowadzić obowiązek wyposażenia stanowiska intensywnej terapii w elektryczne urządzenie do ssania (Uniwersytet Medyczny w Lublinie) – nie uwzględniono, propozycja stanowi podwyższenie wymagań;
- zmienić wyposażenie w sprzęt z bronchofiberoskopu na fiberoskop (Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka") – nie uwzględniono uwaga niezasadna merytorycznie (wymagany jest wyłącznie bronchofiberoskop);
- propozycja zmiany określenia „materac do ogrzewania pacjentów” na „materac lub inne urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta” (Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka") – uwzględniono;

- na drugim poziomie referencyjnym OIT, należy zmienić wymóg posiadania w strukturze organizacyjnej oddziałów chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii oraz oddziału neurochirurgii (Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera UM w Poznaniu, Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii) – uwzględniono, stworzono alternatywę dla tego wymogu;

3) do załącznika nr 2 i 3 do rozporządzenia:

- we wzorach karty premedykacyjnej i karty przebiegu znieczulenia należy zweryfikować zapisy lub zrezygnować z ich określania (Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Zarząd Krajowy w Bydgoszczy, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, Klinika Stomatologiczna DENTAL Club, Związek Zawodowy Anestezjologów, Konsultant anestezjologii i intensywnej terapii pediatrycznej, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, Naczelna Rada Lekarska, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie, Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii, SPZZOZ w Płońsku, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dra Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, ZZA USK, UM w Białymstoku) – uwzględniono, zrezygnowano z określania wzoru kart;

4) w części załącznika nr 4 do rozporządzenia:

- dodać opis wykonywanie zabiegów ratujących życie w trybie natychmiastowym (Region Małopolska Związku Zawodowego Anestezjologów) – nie uwzględniono, wykracza poza zakres regulacji, rozporządzenie nie dotyczy czynności ratowniczych;
- w części B wprowadzić alternatywnie dla kontrapulsacji wewnątrz aortalnej inną metodę mechanicznego wspomaganie czynności serca, odpowiednią do wieku pacjenta (Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka") – uwzględniono;
- w części A i B należy uwzględnić Hipotermię terapeutyczną (Szpital Kliniczny Nr 7 SUM w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca) – uwzględniono w części B.

Nie uwzględniono uwag o charakterze ogólnym niezwiązanych z treścią rozporządzenia, a także uwag wynikających z niewłaściwej wykładni przepisów projektowanej regulacji prawnej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt rozporządzenia został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. W trybie określonym przepisami tej ustawy nie ogłoszono zainteresowania pracami nad projektem.

3) **Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego**

Projektowana regulacja będzie miała niewielki wpływ na budżet państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego i pozostałe jednostki sektora finansów publicznych z powodu konieczności doposażenia oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w wymaganą liczbę stanowisk intensywnej terapii oraz dostawiania oddziałów do wymagań przestrzennych i kadrowych, jak również doposażenia w zestaw do zabezpieczenia drożności dróg oddechowych w przypadku wystąpienia zdarzenia jakimi są „trudne drogi oddechowe”, i tak np. z 453 oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii zaledwie 18 oddziałów ma mniej niż wymagane na I poziomie referencyjnym 4 stanowiska intensywnej terapii.

Obecne zasobowe kadrowe w stosunku do 100 tys. obywateli wynoszą w przypadku: lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii - 9,6; lekarzy posiadających specjalizację I stopnia z anestezjologii i intensywnej terapii - 1,7; lekarzy szkolących się w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - 2,6.

Liczba stanowisk intensywnej terapii wynosi obecnie 1,68% wszystkich „ostrych” łóżek szpitalnych, natomiast rozporządzenie przewiduje wymóg 2% stanowisk w stosunku do wszystkich łóżek szpitalnych.

Projektowana regulacja nie wpłynie na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych z NFZ, gdyż podmioty wykonujące działalność leczniczą, które obecnie spełniają warunki realizacji świadczeń gwarantowanych będą spełniać je również po wejściu w życie rozporządzenia.

4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5) Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6) Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7) Wpływ regulacji na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób

Projektowane rozporządzenie będzie mieć wpływ na jakość i bezpieczeństwo realizowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Regulacje zawarte w projekcie rozporządzenia wychodzą na przeciw oczekiwaniom obywateli w zakresie zwiększenia dostępności do nowoczesnych technologii znieczulenia i intensywnej terapii oraz takiego udzielania świadczeń zdrowotnych, które prowadzone w oparciu o te technologie stają się gwarancją odpowiedniego poziomu jakości ich udzielania, jak również odpowiedniej jakości życia chorych, zarówno po ich zakończeniu jak i powrocie do społeczeństwa. Stopniowe osiągnięcie minimów poprzez standaryzowanie niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych zasobów kadrowych w stosunku na 100 tys. obywateli, odpowiednio do zakresu i rodzaju tych świadczeń, jak również standaryzowanie wymagań w zakresie minimalnej liczby stanowisk intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii wraz z ich niezbędnym wyposażeniem, w stosunku do wszystkich ostrych łóżek szpitala, ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa każdego chorego, który wymaga hospitalizacji w naszym kraju. Precyzyjne opisanie w formie przepisu prawa wymagań jakim powinno spełniać pod względem kadrowym oraz wyposażenia w odpowiedni sprzęt stanowisko znieczulenia w oparciu o dowody medyczne pozwala w znamienny sposób zmniejszyć liczbę zdarzeń krytycznych bezpośrednio zagrażających życiu w grupie chorych poddanych znieczuleniu. Projekt rozporządzenia ma przede wszystkim na celu zwiększenie bezpieczeństwa chorych, którzy znajdują się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia poprzez nowe zdefiniowanie pojęć dotyczących stanowisk i oddziałów pozanieczuleniowych, które odgrywają we współczesnej medycynie zabiegowej kluczową rolę w zabezpieczeniu chorych przed negatywnymi skutkami bezpośredniego okresu pooperacyjnego, które nierzadko mogą wiązać się ze zgonem, bądź ciężkim uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

8) Wpływ regulacji na środowisko

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na środowisko.