

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2012 r.

w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju szpitalne świadczenia zdrowotne

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 w szpitalach 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 dla 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 posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub 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;

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

- 6) pielęgniarka - pielęgniarkę, która ukończyła specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie anestezjologii 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 maksymalnie do 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu lub też z innymi problemami zdrowotnymi nie dającymi się opanować leczeniem zachowawczym;
- 11) zabieg w trybie przyśpieszonym - 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 chorych do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się zgodnie z Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi sposób kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 4. 1. W szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii, tworzy się oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadku gdy oddział taki nie został utworzony, świadczenia z tego zakresu udziela się w ramach działu anestezjologii.

2. W szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii na rzecz pacjentów dorosłych oraz na rzecz dzieci, świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii na rzecz dorosłych udzielane są przez oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii na rzecz dzieci udzielane są przez odrębne oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci.

3. Tworzy się następujące poziomy referencyjne oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, 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.

4. Warunki ogólne wymagane dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz działów anestezjologii oraz warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci są określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

5. 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.

6. Ordynatorem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii albo działu anestezjologii powinien być lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

7. Pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii albo działu anestezjologii powinna być pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki.

§ 5. 1. Świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia bólu mogą być udzielane w ramach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub działu anestezjologii.

2. Podstawowym świadczeniem zdrowotnym w zakresie leczenia bólu w ramach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub działu anestezjologii jest konsultacja anestezjologiczna.

3. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w dziale anestezjologii może zostać utworzony zespół zajmujący się leczeniem bólu ostrego, głównie pooperacyjnego.

4. Poradnia leczenia bólu może funkcjonować w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub dziale anestezjologii.

5. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii mogą być również hospitalizowani chorzy wymagający, w celu leczenia bólu, wykonania inwazyjnych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych albo odpowiedniego ich monitorowania lub leczenia.

§ 6. 1. Świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę w dziedzinie 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 fizyczny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I lub II.

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

4. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może jednocześnie nadzorować pracę 2 lekarzy w trakcie specjalizacji, wykonujących znieczulenia chorych, których stan fizyczny według skali ASA odpowiada stopniowi I lub II, w przypadku: odbycia przez tych lekarzy co najmniej 4-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, za zgodą ordynatora oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. 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 4-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.

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

- 1) kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z ordynatorem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub działu anestezjologii, określa w regulaminie organizacyjnym procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz niezbędnych badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w odpowiednim trybie;

- 2) kierownik podmiotu leczniczego ustala plan zabiegów wykonywanych w szpitalu w porozumieniu z ordynatorem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub działu anestezjologii; 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 aparaturę i sprzęt medyczny właściwy do udzielania tych świadczeń;
- 3) w przypadku, gdy w szpitalach 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;
- 4) lekarz specjalista z 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 w dniu poprzedzającym planowany zabieg operacyjny, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi; lekarz specjalista z 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;
- 5) jeżeli pacjent jest małoletni, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, o którym mowa w pkt 4, nie może odbywać się w pomieszczeniach przeznaczonych dla pacjentów dorosłych;
- 6) lekarz dokonujący kwalifikacji pacjenta do znieczulenia wypełnia kartę premedykacyjną, którą wypełnia się w dniu przyjęcia pacjenta do szpitala;
- 7) dokument zawierający zgodę pacjenta na znieczulenie dołącza się do historii choroby;
- 8) lekarz dokonujący znieczulenia może obsługiwać wyłącznie jedno stanowisko znieczulenia; podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną;
- 9) przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii jest obowiązany:
 - a) sprawdzić wyposażenie stanowiska znieczulenia,
 - b) skontrolować sprawność działania sprzętu i aparatury do znieczulenia i monitorowania,

- c) skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawek ze środkami anestetycznymi, testów zgodności preparatów krwi,
 - d) dokonać identyfikacji pacjenta poddawanego zabiegowi,
 - e) skontrolować właściwe oznakowanie strzykawek z lekami stosowanymi podczas znieczulenia;
- 10) lekarz dokonujący znieczulenia znajduje się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia;
 - 11) lekarz dokonujący znieczulenia wypełnia kartę przebiegu znieczulenia, uwzględniając w szczególności jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania;
 - 12) jeżeli inny lekarz kontynuuje znieczulenie pacjenta, odpowiedzialność za to znieczulenie przechodzi na niego; lekarz kontynuujący znieczulenie jest obowiązany zapoznać się ze wszystkimi informacjami dotyczącymi znieczulanego, przebiegu znieczulenia oraz aparatury; przejęcie odpowiedzialności za znieczulenie lekarz kontynuujący znieczulenie potwierdza pisemnie w karcie przebiegu znieczulenia;
 - 13) 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 powrotu lekarza dokonującego znieczulenia pozostaje pielęgniarka;
 - 14) 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;
 - 15) w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego.

2. Wzór karty premedykacyjnej, o której mowa w ust. 1 pkt 6, jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

3. Wzór karty przebiegu znieczulenia, o której mowa w ust. 1 pkt 11, jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

§ 8. Świadczenia z zakresu intensywnej terapii są udzielane na stanowiskach intensywnej terapii.

§ 9. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii ustala się następujące standardy postępowania:

- 1) prowadzi się ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i stosuje się wszelkie 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 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 nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii;
- 5) należy zapewnić możliwość izolacji pacjentów oraz dostępność aparatury i sprzętu monitorującego i terapeutycznego, niezbędnego do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia.

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

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

§ 11. Dla prawidłowego udzielania świadczenia z zakresu intensywnej terapii podmiot leczniczy zapewnia możliwość przeprowadzania w lokalizacji całodobowych niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych, a w szczególności: gazometrycznych, biochemicznych oraz hematologicznych, w tym krzepnięcia krwi i próby krzyżowej.

§ 12. Ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej terapii przeprowadza okresową ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale, w szczególności zgodności postępowania z procedurami określonymi w § 7 ust.1 pkt 1, zaleceniami towarzystw naukowych, zgodności 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).

§ 13. Ustala się rodzaje czynności medycznych wykonywanych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarzy, o których mowa w § 9 pkt 3 i 4:

- 1) podstawowe - wymienione w części A załącznika nr 4 do rozporządzenia;
- 2) inne, których wykonywanie jest uwarunkowane wyposażeniem oddziału w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny - wymienione w części B załącznika nr 4 do rozporządzenia.

§ 14. W terminie nie dłuższym niż do dnia 1 stycznia 2015 r. podmioty lecznicze dostosują się do wymagań określonych w przepisach załącznika nr 1 do niniejszego rozporządzenia, z wyjątkiem wymagań określonych w przepisach części I „Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną”, które stosuje się od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 15. Traci moc rozporządzenie 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).

§ 16. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2012 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

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 traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 219 ust. 1 pkt 3 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).

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) zwanej dalej „ustawą”. 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 mocy do dnia wejścia odpowiednich aktów wykonawczych, nie dłużej jednak niż przez okres 12 miesięcy od dnia jej wejścia w życie, tj. do dnia 30 czerwca 2012 r.

W związku z dynamicznym rozwojem technologii medycznych w ostatnim dziesięcioleciu, którymi dysponują dyscypliny zabiegowe oraz rozwojem technologii stosowanych powszechnie w diagnostyce, w tym diagnostyce inwazyjnej o charakterze terapeutycznym, jak również rozwojem nowych technik oraz algorytmów postępowania w zakresie prowadzenia resuscytacji w okresie ostatnich 10 lat, zaistniały kluczowe zmiany w wymaganiach dotyczących postępowania anestezjologicznego w zakresie bezpiecznego znieczulenia i procedur intensywnej terapii prowadzonych wobec dorosłych i dzieci.

Obserwowane obecnie tendencje demograficzne: wydłużenie średniej życia zarówno kobiet jak i mężczyzn, wzrost odsetka osób starszych w populacji przekładają się na zwiększenie liczby wykonywanych co roku w Polsce zabiegów operacyjnych, zwłaszcza u osób powyżej 60 roku życia. Ryzyko związane z zabiegami operacyjnymi w tej grupie chorych jest szczególnie duże. Znacznie częściej dochodzi do ciężkich powikłań lub zgonów. W związku z powyższym konieczne jest zapewnienie odpowiedniej jakości opieki okołoperacyjnej i to nie tylko w tej grupie chorych.

Zawarte w rozporządzeniu rozwiązania wychodzą naprzeciw tym wyzwaniom w poczynionych w nim zmianach w stosunku do pierwotnego aktu prawnego, pozostawiając te zapisy, które mają wymiar ponadczasowy i służą między innymi właściwej organizacji struktury szpitala i procesu leczniczego w najbardziej narażonych na wystąpienie zdarzeń krytycznych i niepożądanych obszarach szpitala, jakim są dwa ekosystemy, tj. obojętne operacyjne ze stanowiskiem znieczulenia oraz stanowiska intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Ponadto mają przede wszystkim służyć zapewnieniu odpowiedniego poziomu jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w najbardziej narażonych na występowanie powikłań miejscach szpitala.

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 § 1 rozbudowano zapis odnoszący się standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii o świadczenia zdrowotne z zakresu resuscytacji i sedacji. Dokonano również stosownej korekty dotyczącej pojęć określonych w § 1, jak również konsekwentnie w całym projekcie rozporządzenia, tj. pojecie „zakłady opieki zdrowotnej” zastąpiono pojęciem „szpitale” bądź „podmiot leczniczy”, a w miejsce „reanimacji” wprowadzono pojęcie „resuscytacji”.

Ponadto wprowadzono pojecie „sedacji”, tj. działania mającego na celu zniesienie niepokoju, strachu oraz wywołanie uspokojenia pacjenta”.

Celem powyższych korekt jest konieczność dostosowania terminologii do obowiązujących pojęć funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia, jak również w medycynie.

W § 2 rozporządzenia wprowadzono słowniczek służący zdefiniowaniu pojęć, takich jak: „anestezja”, „intensywna terapia”, „lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii”,

„lekarz anestezjolog”, „lekarz w trakcie specjalizacji”, „pielęgniarka”, „resuscytacja”, „sedacja”, „zabieg w trybie natychmiastowym”, „zabieg w trybie pilnym”, „zabieg w trybie przyśpieszonym”, „zabieg w trybie planowym”. Część pojęć stanowi przeniesienie definicji z obowiązujących 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. Celem wprowadzenia słowniczka jest wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych związanych z użytymi w projekcie terminologiami, jak również usystematyzowania organizacji oddziałów intensywnej terapii poprzez doprecyzowanie czasu, w którym wykonywane są poszczególne zabiegi ściśle zależne od stanu klinicznego pacjenta.

W § 3 rozporządzenia wprowadzono zapis stanowiący, że kwalifikacja chorych do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub działu anestezjologii odbywa się zgodnie z Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub działu anestezjologii. Należy mieć na uwadze fakt, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa wzrośnie liczba procedur zabiegowych wykonywanych u chorych w wieku podeszłym (szacuje się, że będzie to nawet o 50%), co jednoznacznie określa konieczność zweryfikowania dotychczasowo obowiązujących przepisów prawa pod względem dostępności chorych do stanowisk intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, jak również wdrażania procedur intensywnej terapii już podczas prowadzenia znieczulenia wobec narastającej grupy chorych, którzy kwalifikowani są do rozległych zabiegów operacyjnych bez ograniczeń z tytułu technologizacji procesu leczniczego w okresie śród i pooperacyjnym, który prowadzony jest zgodnie z kryteriami przyjętymi w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii.

W § 4 w ust. 1 projektowanego rozporządzenia wprowadzono zapis, dotyczący „działu anestezjologii”, zmieniając tym samym dotychczasowy termin stosowany w obecnie obowiązującym rozporządzeniu, a mianowicie „oddziału”. Wprowadzenie terminologii „działu anestezjologii”, a zrezygnowanie z dotychczasowego pojęcia „oddziału” związane jest z faktem, że jest to komórka organizacyjna nie związana z posiadaniem łóżek etatowych.

Ponadto w § 4 ust. 2 projektu wprowadzono zapis, zgodnie z którym w szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii na rzecz pacjentów dorosłych oraz na rzecz dzieci, świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii na rzecz dorosłych udzielane są przez oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a świadczenia

zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii na rzecz dzieci udzielane są przez odrębne oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci.

Ponadto w § 4 ust. 3 projektowanego rozporządzenia wprowadzono trzy poziomy referencyjne oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w celu zapewnienia odpowiedniej jakości oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz dorosłych oraz dzieci.

Dodatkowo zawarto przepis stanowiący, że 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. Sale nadzoru poznieczuleniowego odgrywają we współczesnej medycynie zabiegowej kluczową rolę w zabezpieczeniu chorych przed negatywnymi skutkami bezpośredniego okresu pooperacyjnego.

Ponadto w pkt 6 i 7 § 4 projektowanego rozporządzenia zostały określone warunki dotyczące ordynatorów i pielęgniarki oddziałowej. Opisanie w formie przepisu prawa wymagań jakie powinno spełniać pod względem fachowym ordynator i pielęgniarka oddziałowa zapewnia właściwą organizację oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz działów anestezjologii.

W § 5 projektu rozporządzenia dotyczącym świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia bólu wprowadzono zapisy odnośnie zakresu podstawowego świadczenia zdrowotnego w zakresie leczenia bólu, którym jest konsultacja anestezjologiczna. Ponadto dodano zapisy umożliwiające utworzenie w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w dziale anestezjologii zespołu zajmującego się leczeniem bólu ostrego, głównie pooperacyjnego. W omawianym przepisie wprowadzono również zapisy odnoszące się do możliwości funkcjonowania poradni leczenia bólu, która może funkcjonować w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego w miejscu udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub działu anestezjologii oraz zapisy dotyczące możliwości hospitalizowania chorych, w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, wymagających wykonania inwazyjnych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych albo odpowiedniego ich monitorowania lub leczenia, w celu leczenia bólu.

Celem przyjęcia powyższych rozwiązań jest konieczność dostosowania udzielanych świadczeń do obowiązujących standardów i przede wszystkim technologii, które stają się gwarancją odpowiedniego poziomu jakości ich udzielania.

W § 6 projektowanego rozporządzenia w miejsce pojęcia „znieczulenia przewodowego” wprowadzono pojęcie „znieczulenie regionalne”. Zastosowanie powyższego rozwiązania ma na celu dostosowanie specjalistycznej terminologii do obecnie obowiązującego nazewnictwa w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Dodatkowo w omawianym przepisie

wprowadzono zapisy dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji przez lekarza anestezjologii w przypadku znieczulania chorych powyżej 3 roku życia zgodnie ze stanem fizycznym określonym skalą ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System).

Zapisy dotyczące możliwości wykonywania znieczulenia przez lekarza w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii stanowi kontynuację dotychczas obowiązującego przepisu, jednakże został on uzupełniony o zapis umożliwiający lekarzowi specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii jednocześnie nadzorować pracę 2 lekarzy w trakcie specjalizacji, wykonujących znieczulenia chorych, których stan fizyczny według skali ASA odpowiada stopniowi I lub II, w przypadku: odbycia przez tych lekarzy co najmniej 4-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, za zgodą ordynatora oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Proponowane rozwiązania mają na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych.

W § 7 projektowanego rozporządzenia dokonano następujących modyfikacji:

- a) w pkt 1 wprowadzono stosowną modyfikację przepisu, zgodnie z którym kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z ordynatorem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub działu anestezjologii, określa w regulaminie organizacyjnym zasady przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz niezbędnych badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w odpowiednim trybie. Ponadto dokonano zmiany z „trybu planowego” zabiegu na „odpowiedni tryb”;
- b) w pkt 2 dokonano zmiany przepisu dotyczącego kierownika podmiotu leczniczego, który w porozumieniu z ordynatorem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub działu anestezjologii ustala planu zabiegów wykonywanych w szpitalu;
- c) w pkt 3 wprowadzono przepis zobowiązujący, aby plan zabiegów uwzględniał zasadę rozdziału czasowego lub przestrzennego wykonywania tych zabiegów przypadku, gdy w szpitalu wykonywane są zabiegi na rzecz pacjentów dorosłych i dzieci;
- d) w pkt 4 zmodyfikowano zapis dotyczący czasu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, nie później niż w dniu poprzedzającym planowany zabieg operacyjny, co stanowi złagodzenie wymogu, bowiem umożliwia podejmowanie decyzji odnośnie badania kwalifikującego pacjenta do znieczulenia w czasie, kiedy jest zapewniona dostępność do

jego przeprowadzenia, pod warunkiem nie później niż w dniu poprzedzającym planowany zabieg operacyjny;

- e) w pkt 5 wprowadzono przepis odnoszący się do badania pacjenta małoletniego, które w celu zakwalifikowania go do znieczulenia, nie może odbywać się w pomieszczeniach przeznaczonych dla pacjentów dorosłych;
- f) w pkt 6 wprowadzono przepis zobowiązujący lekarza, dokonującego kwalifikacji pacjenta do znieczulenia, do wypełnienia karty premedykacyjnej, której wzór stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- g) w pkt 7 wprowadzono przepis zobowiązujący dołączyć do historii choroby dokument zawierający zgodę pacjenta na znieczulenie;
- h) w pkt 9 rozbudowano przepis obecnie obowiązującego rozporządzenia o dodatkowy zapis odnoszący się do konieczności skontrolowania właściwego oznakowania strzykawek z lekami stosowanymi podczas znieczulenia przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii przed przystąpieniem do znieczulenia;
- i) w pkt 11 wprowadzono przepis dotyczący sporządzania przez lekarza dokonującego znieczulania karty przebiegu znieczulenia, o czym stanowi załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- j) w pkt 12 wprowadzono zapis, zgodnie z którym przejęcie odpowiedzialności za znieczulenie pacjenta lekarz przejmujący to znieczulenie potwierdza pisemnie w karcie przebiegu znieczulenia;
- k) w pkt 14 omawianego przepisu w miejsce pojęcia „pulsoksymetru” wprowadzono pojęcie „urządzeń monitorujących podstawowe funkcje życiowe”;
- l) w pkt 15 zmodyfikowano zapis poprzez zobowiązanie do umieszczenia pacjenta w sali nadzoru poznieczuleniowego w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.

Przyjęcie powyższych rozwiązań wiąże się z koniecznością dostosowania przepisów projektowanego rozporządzenia do obowiązującego systemu ochrony zdrowia. Ponadto przyjęte rozwiązania mają na celu stworzeniem warunków służących poprawie jakości i bezpieczeństwa wykonywanych świadczeń na rzecz pacjentów.

W § 12 rozporządzenia zawarto zapis obligujący ordynatora oddziału anestezjologii i intensywnej terapii do przeprowadzenia okresowej oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności zgodności ze standardami postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji, zgodnie z regulaminem organizacyjnym określającym zasady przygotowania pacjenta do znieczulenia, a ponadto zaleceniami towarzystw naukowych, zgodności kompletności dokumentacji i występowania zdarzeń medycznych.

Kontrola jakości udzielanych świadczeń pozwoli w sposób istotny zwiększyć bezpieczeństwo pacjenta.

W § 13 projektowanego rozporządzenia, w stosunku do obowiązującego 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, uszczegółowiono zapis, zgodnie z którym ustala się rodzaje czynności medycznych wykonywanych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Dotychczas ustalone rodzaje czynności medycznych odnosiły się wyłącznie do wykonywanych w oddziałach intensywnej terapii.

Rozbudowanie zapisu miało na celu dostosowanie terminologii do zakresu jakim objęte jest projektowane rozporządzenie.

W załączniku nr 1, w Część I określono warunki ogólne dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii/działu anestezjologii”, 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; organizacji udzielania świadczeń; wyposażenia w sprzęt medyczny oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiska intensywnej terapii, stanowiska znieczulenia, sali nadzoru poznieczuleniowego; pozostałych wymagań oraz wymagań przestrzennych.

W Część II 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).

W część III określono warunki szczegółowe odpowiednio dla poszczególnych poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci poprzez wskazanie wymagań dot. 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) 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. Opisanie w formie przepisu prawa wymagań jakie powinno spełniać pod względem kadrowym stanowisko znieczulenia w oparciu o dowody medyczne pozwala w znamienny sposób 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 poddawanych ww. zabiegom. Określenie wymagań kadrowych, przestrzennych i sprzętowych w szpitalach w których udziela się świadczenia zdrowotne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii ma istotny wpływ na bezpieczeństwo chorego poddanego hospitalizacji, kontroluje jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych i w przemyślany sposób zarządza ryzykiem, które zawsze występuje w miejscu, gdzie udziela się świadczeń zdrowotnych wobec chorych znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

Załącznik nr 2 rozporządzenia zawiera wzór Karty premedykacyjnej, którą należy wypełnić w dniu przyjęcia pacjenta do szpitala. Jest to karta badania pacjenta prowadzona w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia. Karta stanowi ponadto jeden z elementów składających się na standard postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji.

Załącznik nr 3 rozporządzenia zawiera wzór Karty znieczulenia. Jest to karta, którą sporządza lekarz dokonujący znieczulenia, uwzględniająca w szczególności jego przebieg, dawkowanie leków, wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania. Podobnie, jak karta premedykacyjna, karta znieczulenia stanowi jeden z elementów składających się na standard postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji.

Załącznik nr 4 rozporządzenia „Rodzaje czynności medycznych wykonywanych w oddziałach intensywnej terapii” w części A określa czynności medyczne, które w znaczącej części zostały przeniesione z załącznika 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, część nazewnictwa czynności została zaktualizowana ze względu na terminologię stosowaną w medycynie, czynności z zakresu pomiaru rzutu serca, ciągły pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą inwazyjną oraz pomiar ciśnienia wewnątrzczaszkowego zostały przeniesione z Części B przytoczonego rozporządzenia do Części A obecnie projektowanego rozporządzenia, a ponadto katalog został rozszerzony o czynności medyczne z zakresu ciągłego leczenia nerkozastępczego, defibrylację oraz kardiowersja. Natomiast w części B określa czynności medyczne takie, jak:: przyłózkowa diagnostyka rtg z torem wizyjnym, kontrpulsacja wewnątrzortalna, pozaustrojowe wspomaganie czynności wątroby, pozaustrojowa wymiana gazów, leczenie wziewne tlenkiem azotu, diagnostyka procesu hemostazy z zastosowaniem tromboelastometrii.

Z uwagi na fakt, iż rozporządzenie 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 zachowuje moc do dnia wejścia w życie odpowiedniego aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ww. ustawy, tj. do dnia 30 czerwca 2012 r., proponuje się, aby projektowane rozporządzenie weszło w życie z dniem z dniem 1 lipca 2012 r. Wyjątek stanowią wymagania określone w przepisach załącznika nr 1 do niniejszego rozporządzenia, które podmioty lecznicze będą zobligowane dostosować w terminie nie dłuższym niż do dnia 1 stycznia 2015 r., z wyłączeniem wymagań określonych w przepisach części I przywołanego powyżej załącznika „Wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną”, które stosuje się od dnia wejścia w życie projektowanego rozporządzenia.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

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 zostanie przekazany do konsultacji z około 250 podmiotami, w tym:

- 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”, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK 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),

- d) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi działającymi na rzecz pacjentów (tj. Unią Szpitali Klinicznych, Stowarzyszeniem Magistrów i Techników Farmacji, Stowarzyszeniem Menedżerów Ochrony Zdrowia, Stowarzyszeniem Primum Non Nocere, Stowarzyszeniem Unia Uzdrawisk Polskich, Federacją Pacjentów Polskich, Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszeniem Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskim Stowarzyszeniem Producentów Leków bez Recepty PASMI),
- 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),
- f) instytutami 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),
- 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, Uniwersytetem Medycznym w Gdańsku, Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, Pomorską Akademią Medyczną 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, Związkiem Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych, Związkiem Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA).

Niezależnie od powyższego, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), projekt rozporządzenia zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

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

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

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.