

Bydgoszcz, dnia 11 czerwca 2012 r.

Szanowni Państwo:

dr hab. n. med. Krzysztof Kusza
Krajowy Konsultant w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii
kikanest@cm.umk.pl

prof. dr hab. med. Maria Wujtewicz
Prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
ptaiit05@amp.edu.pl

dr hab. med. Radosław Owczuk
Sekretarz Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
r.owczuk@gumed.edu.pl

Szanowni Państwo,

Przesyłamy Państwu Uwagi OZZL dotyczące projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów anestezjologicznych. Jednocześnie zwracamy się do Państwa z prośbą o poparcie naszego wniosku o wstrzymanie podpisania przez ministra projektowanego rozporządzenia w proponowanym kształcie. Przepraszamy, że przesyłamy ten list wyłącznie w formie elektronicznej, ale czynimy to ze względu na konieczny pośpiech wynikający z bardzo krótkiego czasu przeznaczonego na przeprowadzenie konsultacji społecznych w tej sprawie (do 13 czerwca br).

Przesyłamy wyrazy szacunku

Zarząd Krajowy OZZL
Krzysztof Bukiel – przewodniczący zarządu

**Uwagi Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
na temat treści projektu rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 30 maja 2012
w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii
i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych**

Stanowisko ZK OZZL powstało na podstawie uwag zgłoszonych przez liczne środowiska anestezjologów (m.in. specjalistów anestezjologii z ZZA Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, neonatologów, OZZL przy Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu) oraz Ogólnopolską Konfederacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia.

Na spotkaniach Związku Zawodowego Anestezjologów w roku 2011 z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia oraz Konsultantem Krajowym, dotyczących opracowania nowego projektu standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, zostało uzgodnione wspólne stanowisko opierające się na: a) zachowaniu dotychczas obowiązujących standardów, b) poszerzeniu o zakres dotychczas nie ujęty.

Niestety, przedstawiony projekt głęboko i dotkliwie wykroczył poza te ustalenia. Projekt jest niedopracowany, zawiera wiele wad, oraz zapisy, na które OZZL nie może się zgodzić. Jego ewentualne wejście w życie przyniesie wiele negatywnych konsekwencji. Przestrzegamy przed wprowadzeniem proponowanych zmian, bo pogorszą one i tak trudną już sytuację kadrową szpitali w zakresie anestezjologów, sparaliżują pracę wielu placówek (m. innymi ze względu na brak możliwości pełnienia ostrych dyżurów przez anestezjologów z I stopniem specjalizacji), a – ostatecznie – jeszcze

bardziej pogorszą – i bez tego trudną – sytuację służby zdrowia w naszym kraju; nie wspominając o niepotrzebnym wzburzeniu całej rzeszy lekarzy anestezjologów.

W zakresie podmiotowym

1. Projekt w § 6.2. bez żadnego uzasadnienia przewiduje ograniczenie zakresu świadczeń wykonywanych przez lekarza anestezjologa (lekarza z I⁰ specjalizacji), co jest kompletnym nieporozumieniem, zważywszy, iż dwustopniowy system specjalizacji obowiązywał tylko do roku 1999, od tego czasu nowych „jedynkowiczów” nie przybyło, a dotychczasowi mają obecnie już co najmniej kilkunastoletni staż pracy. Nie ma absolutnie żadnych danych wskazujących na to, że ci doświadczeni przecież lekarze anestezjolodzy (specjaliści I⁰ wg wcześniejszego nazewnictwa) radzili sobie gorzej w zakresie znieczulania dzieci poniżej 3 r.ż. czy pacjentów powyżej III⁰ ASA, niż lekarze z tytułem specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (wg nowej nomenklatury). Jest to zapis niesprawiedliwy, nieuczciwy i dyskryminujący, a przy tym nielogiczny: skoro dotychczas lekarze anestezjolodzy umieli znieczulać dzieci poniżej 3 r.ż. oraz pacjentów powyżej III⁰ ASA, to dlaczego mieliby to wszystko teraz nagle zapomnieć?

Według dotychczas obowiązujących przepisów, lekarz anestezjolog (I⁰ specjalizacji) nie może zajmować stanowiska ordynatora, a na oddziale intensywnej terapii pracuje pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. I to w wystarczającym stopniu odróżnia go od lekarza z tytułem specjalisty. Nie ma potrzeby pogłębiania tej różnicy bezpodstawnym uszczuplaniem uprawnień lekarza anestezjologa, nabytych przez niego z dniem uzyskania I stopnia specjalizacji.

Praktyczną i bardzo niekorzystną konsekwencją takiego zapisu jest to, że eliminuje on lekarzy anestezjologów z pełnienia dyżurów medycznych, gdyż do pilnego zabiegu zawsze może trafić pacjent z IV⁰ lub V⁰ ASA. Nawet w trakcie znieczulenia pacjenta z I⁰ ASA, w wyniku powikłań śródoperacyjnych stan pacjenta może pogorszyć się do IV⁰ lub V⁰ ASA. Co wtedy powinien zrobić anestezjolog z I stopniem specjalizacji – opuścić chorego, żeby pozostać w zgodzie z rozporządzeniem? Proponowane rozwiązanie oznacza wręcz paraliż pracy lekarzy anestezjologów, a w konsekwencji pracy szpitali.

Według załącznika do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 20 lipca 2011 w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 22 lipca 2011 poz. 896), kierownikiem komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, a także zastępcą kierownika komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, może być osoba z wyższym wykształceniem medycznym i specjalizacją I stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny, z 7-letnim stażem pracy. To dowodzi, że specjaliści I stopnia mają u ministra zdrowia zaufanie, i byłoby dziwne, gdyby zostało ono teraz zdyskredytowane proponowanym zapisem niniejszego rozporządzenia, będącym swoistym wotum nieufności w stosunku do tej grupy lekarzy.

Działania ministra zdrowia jeszcze niedawno szły w całkiem odwrotnym kierunku, bowiem 17 maja 2011 był rozesłany do konsultacji projekt rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków, wprowadzający § 44a, umożliwiający lekarzom posiadającym specjalizację I stopnia oraz odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w danej dziedzinie medycyny, uznanie tego dorobku za równoważny z realizacją w całości programu specjalizacji i dopuszczenie tego lekarza do PES. W uzasadnieniu minister pisał: „W związku z brakiem specjalistów takie rozwiązanie będzie sprzyjało zwiększeniu liczby specjalistów w systemie ochrony zdrowia i poprawieniu dostępności do świadczeń zdrowotnych.” Jak obiecywała Ewa Kopacz, prawdopodobnie już w jesiennej sesji egzaminacyjnej 2011 lekarze z I stopniem specjalizacji i długoletnią praktyką mieli jedynie po zdaniu egzaminu

specjalizacyjnego uzyskać drugi stopień specjalizacji. Natomiast niniejszy projekt jest z tą ideą w całkowitej sprzeczności.

Wobec powyższego wnosimy o wykreślenie § 6.2. projektowanego rozporządzenia. Stanowczo sprzeciwiamy się uszczuplaniu dotychczasowych uprawnień nabytych przez lekarzy anestezjologów, gdyż takie działanie nie ma najmniejszego uzasadnienia racjonalnego. Jest za to świadomym zaniechaniem wykorzystywania istniejącego potencjału specjalistycznego.

2. Zgodnie z paragrafem 9 ust. 3-5 Projektu rozporządzenia intensywną terapię (a więc leczenie pacjentów w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii) prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać też lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii pod bezpośrednim nadzorem specjalisty, a także lekarz odbywający staż podyplomowy lub częstkowy z innych dziedzin medycyny pod bezpośrednim nadzorem specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii. Zapis ten w jednoznaczny sposób zamyka możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy innych specjalności. W ten sposób pozbawia się możliwości kontynuowania dotychczasowej pracy przez wielu specjalistów z innych dziedzin medycyny, dotychczas zatrudnionych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Problem ten będzie szczególnie dotkliwy w przypadku oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dzieci, w których, obok specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii proces leczenia pacjentów był prowadzony przez specjalistów pediatrii i/lub neonatologii. Istotnym podkreślenia jest fakt zmarginalizowania dziecka i noworodka w programie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii (w trakcie zdobywania specjalizacji należy zaledwie uczestniczyć w pięciodniowym kursie "Anestezjologia intensywna terapia dziecięca", odbyć miesięczny staż kierunkowy w intensywnej terapii dziecięcej oraz miesięczny staż kierunkowy w anestezji dziecięcej, wymagane jest też wykonanie 30 znieczuleń u dzieci <5 roku życia, w tym 10 znieczuleń u dzieci <1 rż.). Analizując wyposażenie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej (załącznik nr 1 część III) należy stwierdzić, że zgodnie z założeniami istotną część leczonych pacjentów mają stanowić noworodki, w tym skrajnie niedojrzałe wcześniaki (w zależności od stopnia referencyjności ilość stanowisk noworodkowych wynosi 25-50%). Natomiast w programie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii brak jest stażu w oddziale neonatologii czy patologii noworodka. Podsumowując - zgodnie z analizowanym projektem wysoko wykwalifikowany, posiadający wieloletnie doświadczenie w pracy ze specyficznymi grupami pacjentów personel lekarski ma zostać zastąpiony przez specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii gorzej przygotowanych do leczenia tych pacjentów.
3. Podobna sytuacja, choć w mniejszym zakresie dotyczy również personelu średniego.
4. Zgodnie z proponowanymi normami zatrudnienia (załącznik nr 1 część I) należy znacząco zwiększyć zatrudnienie lekarzy i pielęgniarek w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, co przy obecnym poziomie finansowania jest niemożliwe do spełnienia.
5. Analizując normy zatrudnienia proponowane w projekcie (załącznik nr 1 część I) oraz wymagania personalne obsady oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (załącznik nr 1 część II) stwierdza się założenie a priori przekroczenia normatywnego czasu pracy przez zatrudnionych lekarzy. Na najwyższym poziomie referencyjności powinno być zatrudnionych co najmniej 8 lekarzy (przelicznik 1 etatu na 1 stanowisko intensywnej terapii, których powinno być co najmniej 8), należy też zapewnić ciągłą obecność 3 lekarzy w oddziale. Zgodnie z art. 131 Kodeksu Pracy tygodniowy czas pracy łącznie z nadgodzinami nie może przekraczać przeciętnie 48h w tygodniu, czyli ok. 210h miesięcznie. W przypadku 8 etatów daje to 1680h. Tymczasem konieczność zapewnienia ciągłej obecności 3 lekarzy przez całą dobę to 2160h miesięcznie. Z tych obliczeń jednoznacznie wynika konieczność znaczącego (ok. 60h miesięcznie) przekroczenia czasu pracy przez wszystkich zatrudnionych lekarzy i to

w sytuacji braku absencji wynikającej z urlopu wypoczynkowego czy zdarzeń losowych. Zakłada się więc wyrażenie zgody na przekroczenie normatywnego czasu pracy (klauzula opt-out) przez wszystkich lub zdecydowaną większość lekarzy zatrudnionych w oddziale. Obowiązujące przepisy prawa (art. 32ja Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) zabraniają wywierania nacisku na pracownika w celu podpisania przez niego klauzuli opt-out, zabraniają też dyskryminowania osób, które tej klauzuli nie podpisały. Projekt rozporządzenia w naszym rozumieniu jednoznacznie łamie te regulacje prawne.

6. Obecna liczba specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii - 2778 w roku 2009 (na podstawie opracowania Konsultanta Krajowego ds. Anestezjologii i Intensywnej Terapii Prof. Krzysztof Kuszy zamieszczonego na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia - http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/1_anestezjologia_13072011.pdf) jest zbyt mała w stosunku do potrzeb. Już w tym opracowaniu Konsultant szacuje niedobór specjalistów na około 20%, a normy zatrudnienia były wówczas niższe od proponowanych w niniejszym projekcie rozporządzenia. Z opracowania wynika też, że wykorzystanych jest jedynie niecałe 80% miejsc szkoleniowych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Aktualnie w Polsce liczba stanowisk intensywnej terapii wynosi ok. 2-5% łóżek szpitalnych. Liczba łóżek szpitalnych w roku 2012 powinna wynosić 160410 (obliczono na podstawie Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie optymalnej liczby łóżek szpitalnych z roku 2007), czyli liczba stanowisk intensywnej terapii powinna wynosić 3208-8020. Przyjmując przeciętny wskaźnik zatrudnienia na 0,9 etatu na stanowisko potrzeba 2887-7218 lekarzy tylko na potrzeby oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, a pamiętać należy jeszcze o konieczności zapewnienia specjalistów na blokach operacyjnych również w szpitalach nieprowadzących oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.

W zakresie przedmiotowym

7. Zamiana „sedacji” na „analgesedację”, ponieważ sedację stosuje się w wielu innych specjalnościach, a jest ona niewystarczająca do przeprowadzania zabiegów, w przeciwieństwie do analgesedacji, czyli znieczulenia całkowitego dożylnego (§ 1.1. i inne). Proponowany zapis jest zupełnie nieprzemyślny, bo uniemożliwiałby stosowanie leków uspokajających (sedacyjnych) przez innych lekarzy niż anestezjologów.
8. Dopuszczenie wyjątków przy wymogu tworzenia odrębnych oddziałów anestezjologii dla dzieci. Nie zawsze rozdzielanie świadczeń na rzecz dzieci i dorosłych jest możliwe lub celowe. Na przykład na oddziałach chirurgii szczękowo-twarzowej większość pacjentów to dorośli, ale są też dzieci (głównie z rozszczepami podniebienia i warg). Takich operacji wykonuje się na danym oddziale kilkadziesiąt rocznie i trudno w tym celu tworzyć odrębny oddział (§ 4.2.).
9. Uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji nie tylko lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, ale też i lekarza anestezjologa, oraz (z odpowiednim zastrzeżeniem) lekarza w trakcie specjalizacji, po skreśleniu słowa „wyłącznie” (§ 6.1.).
10. Uzupełnienie spektrum świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, polegających na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczniczego, o znieczulenie spłotów i nerwów obwodowych, skoro rodzaje znieczulenia wymieniane są enumeratywnie (§ 6.1.).
11. Rozróżnienie wymogów w przypadku zabiegów wyłącznie diagnostycznych, zabiegów operacyjnych, oraz świadczeń związanych ze zniesieniem bólu porodowego.
12. Uproszczenie karty premedykacyjnej. Karta premedykacyjna w tym projekcie staje się narzędziem dywersyjnym, mający na celu zbojkotowanie działalności zabiegowej podmiotu leczniczego. Wymaga wielu informacji zbędnych, niektórych niemożliwych do uzyskania, a jej wypełnianie, zamiast kilku minut, zajmie co najmniej pół godziny. Należy pozostawić w niej tylko informacje nie znajdujące się w pozostałej dokumentacji medycznej, a mające bezpośredni związek ze znieczuleniem. Wzór karty premedykacyjnej jest zbyt rozbudowany, w wielu miejscach dubluje informacje znajdujące się i tak w dokumentacji medycznej

pacjenta (przede wszystkim w historii choroby). Dane dotyczące badania podmiotowego (wywiadu) i przedmiotowego (fizykalnego) a także wyniki badań dodatkowych są nieodłączną częścią historii choroby, jaki więc jest sens ich kopiowania, powielania informacji, które dostępne są na kolejnej stronie historii choroby? Wypełnianie takiej karty i przepisywanie wyników badań to tylko zbędna strata czasu.

13. Zmiana wzoru karty przebiegu znieczulenia, która jest niepraktyczna i zawiera dużo błędów. Zamiast skrótu „Rodz. znieczulenia” wpisać pełnymi wyrazami Rodzaj znieczulenia). Umieścić w pierwszej kolejności „znieczulenie ogólne bez protezowania dróg oddechowych”. Wykreślić „Data: 07.12.2010”. Zamiast (albo obok) „sedacja” wpisać „analgosedacja”. Zamiast „Tryb normalny” wpisać: „Tryb planowy”. Parametry podane w górnych wierszach tabeli powinny się znaleźć w dolnych wierszach, górne powinny służyć do wpisywania leków. Rubryki te powinny być też pokratkowane podobnie jak te służące do notowania ciśnienia i tętna. W siódmym wierszu od dołu karty, obok „Specjalista anestezjolog” należy dopisać „lekarz anestezjolog”. Po tych poprawkach karta przebiegu znieczulenia stanie się bardziej praktyczna i bardziej logiczna.

Zarząd Krajowy OZZL

Krzysztof Bukiel – przewodniczący zarządu