

Poznań 27.03.2020

Temat:

Stanowisko Prezesa Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii prof. dr hab. n. med. Krzysztofa Kuszy w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Treść:

Szanowni Państwo, członkowie PTAiIT,

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

Zgodnie z treścią uzasadnienia, które zawierał projekt rozporządzenia, Minister Zdrowia w związku z działaniami podejmowanymi na podstawie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374), oraz w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433 i 441), w okresie od dnia 14 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej zaproponował zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii ułatwiające odpowiednie zabezpieczenie liczby lekarzy mogących udzielać świadczeń w związku z koniecznością zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19.

Zgodnie z treścią uzasadnienia, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii zawiera szereg zmian rozszerzających zakres świadczeń, w których udzielaniu uczestniczyć może lekarz będący w trakcie specjalizacji (po ukończeniu 2 roku szkolenia), co pozwoli na zwiększenie dyspozycyjności kadry medycznej

w zakresie ww. świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii z zachowaniem bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, ponieważ osoby na tym etapie szkolenia specjalizacyjnego mają już wiedzę oraz umiejętności do wykonywania tych świadczeń.

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

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

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

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

Jako Prezes PTAiIT, obywatel, pacjent i anesteziolog uważam, iż niezbędne są niekiedy bardzo ograniczające Nas wszystkich działania, w tym te podejmowane przez Rząd, przygotowujące system ochrony zdrowia na wypadek, w którym ze względu na dużą liczbę

chorych, ograniczone możliwości lokalowe, kadrowe i sprzętowe system ten powinien działać na zmienionych zasadach, tak aby zapewnić wszystkim obywatelom dostęp do niezbędnych świadczeń zdrowotnych, w krytycznym okresie.

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

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

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

1. Biorąc pod uwagę cel wydania (zagrożenie epidemiczne), a także czas wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, obowiązujące z dniem 17 marca 2020 zmiany w treści rozporządzenia powinny obowiązywać czasowo, i taki zapis powinien pojawić się w treści rozporządzenia.
2. Najwięcej wątpliwości interpretacyjnych budzi zmieniona treść § 8. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Treść po nowelizacji:

§ 8. 1. W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego

i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

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

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

4. skreślony

5. Odbycie przez lekarza w trakcie specjalizacji co najmniej 2-letniego przeszkolenia specjalistycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazanie się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, o których mowa w ust. 3, potwierdza pisemnie kierownik specjalizacji. Potwierdzenie jest przechowywane w aktach osobowych lekarza w trakcie specjalizacji.

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

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

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

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

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

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

3. Wydaje się całkowicie nielogicznym dozwoleń - po nowelizacji rozporządzenia - aby *lekarz w trakcie specjalizacji mógł wykonywać samodzielnie znieczulenie pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku: odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, przy pozostawieniu zapisu, iż lekarz anestezjolog (dopisek własny: lekarz z I stopniem specjalizacji) może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, ..., w przypadku wykonywania znieczulenia pacjentów powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II lub III, a w pozostałych przypadkach – za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2.*

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

4. Rozumiejąc nadrzędne w obecnej sytuacji potrzeby systemu organizacji ochrony zdrowia na czas zagrożenia epidemicznego, uważam, iż zbyt radykalnie obniżono kwalifikacje do samodzielnego znieczulania chorych (po 2 roku szkolenia, zamiast po 3 roku szkolenia), zwłaszcza, iż w treści rozporządzenia nie znalazł się zapis o jego czasowym ograniczeniu, co przeciąga obowiązywanie treści tego rozporządzenia na okres po ustaniu stanu epidemicznego czy innego stanu „nadzwyczajnego” przewidzianego w przepisach prawa.

Najkrótszy czas jaki zgodnie z prawem Unii Europejskiej może trwać specjalizacja z anestezjologii to 36 miesięcy. Moim zdaniem, radykalna liberalizacja prawa w tym aspekcie jest na tym etapie epidemii ryzykowna dla zdrowia i życia pacjentów, którzy ponadto świadomie powinni wyrazić zgodę na znieczulenie przez lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego do zabiegu elektywnego, zwłaszcza iż w okresie zagrożenia epidemicznego już zostały uwolnione kadrowe zasoby specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z tytułu zaniechania realizowania niektórych zabiegów w trybie elektywnym, poza tymi, które spełniają kryteria DiLO wg NFZ.

5. Wobec wprowadzonych zmian polegających na rozszerzeniu uprawnień do udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy będących w trakcie specjalizacji **ustawodawca jednoznacznie wskazuje, że specjaliści i szkolący się w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii stanowią kluczowy element bezpieczeństwa chorych w szpitalu w tym również podczas aktualnej pandemii.** Każda z tych osób u których zostanie potwierdzona infekcja oraz jej eliminacja z sytemu ochrony zdrowotnej stanowić będzie zwielenokrotnienie liczby ryzyk związanych z niedoborem kadry udzielającej bezpośrednio świadczeń na stanowiskach intensywnej terapii wobec chorych z ostrą niewydolnością oddechową w przebiegu COVID-19 i wymagających specjalistycznej terapii wentylacyjnej. Wobec takiego stanowiska ustawodawcy wydaje się zasadnym nawiązanie ścisłej współpracy z PTAiIT, reprezentującym kilkutyśięcną grupę lekarzy specjalistów i lekarzy szkolących się - grupę zawodową na której może spocząć masowy obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych u najciężej chorych i w ślad za tym powodzenie walki z pandemią COVID-19.
6. Nie mniej wątpliwości interpretacyjnych budzi zmieniona treść § 9. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Treść po nowelizacji:

§ 9. Ustala się standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, zgodnie z którym:

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, przyśpieszonym i planowym;

- 2) kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2, ustala sposób komunikacji alarmowej;
- 3) plan zabiegów wykonywanych w szpitalu ustala się w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2; plan ten powinien uwzględniać zasadę nadrzędności mniejszego ryzyka zagrożenia dla zdrowia i życia pacjenta, w szczególności powinien być dostosowany do liczby lekarzy udzielających świadczeń z zakresu anestezji oraz 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 kwalifikujący pacjenta do znieczulenia wypełnia podczas kwalifikacji kartę konsultacji anestezjologicznej;
- 8) dokument zawierający zgodę pacjenta na znieczulenie dołącza się do historii choroby;
- 9) podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną;
- 10) przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz wykonujący 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 krwi biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia w przypadku konieczności jej toczenia,
 - e) dokonać identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu;
- 11) lekarz wykonujący znieczulenie znajduje się w bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia;
- 12) lekarz wykonujący znieczulenie wypełnia kartę przebiegu znieczulenia, uwzględniając 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 wykonujący znieczulenie może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, jeżeli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia; w takim przypadku przy pacjencie do czasu przybycia lekarza wykonującego znieczulenie 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.

W punkcie 9 § 9. wykreślono zapis, iż lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta. Trudno określić motywacje ustawodawcy, ale wykreślenie tego zapisu nie powoduje, iż lekarz wykonujący znieczulenie może w tym

samym czasie znieczulać kilku pacjentów! Zgodnie bowiem z zasadą legalizmu podmioty wykonujące działalność leczniczą działają na podstawie i w granicach prawa. Gdyby ustawodawca chciał zmienić stan prawny w tym zakresie to musiałby w rozporządzeniu wyraźnie określić, iż lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać kilku pacjentów. Zapis taki byłby oczywiście nielogiczny i sprzeczny z innymi przepisami rozporządzenia np. z treścią przepisu punktu 14: *lekarz wykonujący znieczulenie może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, jeżeli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia*. Można oczywiście wyobrazić sobie, iż lekarz opuszcza znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia znieczulenia innego (drugiego) pacjenta, a po pewnym czasie wraca do pierwszego i ponownie do drugiego, ale takie rozumowanie po pierwsze zakłada, iż takie opuszczanie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia, co samo przez się jest wątpliwe, a po drugie – moim zdaniem – taki anestezyjolog powinien być niezwłocznie poddany odpowiednim badaniom lekarskim, ewentualnie wobec niego powinno być wszczęte odpowiednie postępowanie karne i dyscyplinarne. Zmiana treści punktu 11. polegająca na zmianie określenia „w bezpośredniej bliskości pacjenta” na „w bliskości pacjenta” nie zmieni – moim zdaniem – aktualnego orzecznictwa sądowego. Brak anestezyjologa na sali operacyjnej, w przypadku zaistnienia krytycznego zdarzenia u chorego, w żaden sposób nie uchroni anestezyjologa od odpowiedzialności.

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

Prezes PTAiIT

Krzysztof Kusza

PREZES
Polskie Towarzystwo Anestezjologii
i Intensywnej Terapii

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kusza