

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2012 r.

w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych

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. 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. Przepisy rozporządzenia nie naruszają zasad postępowania medycznego w zakresie anestezjologii określonych w przepisach odrębnych.

§ 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 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 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 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 chorych do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalach odbywa się zgodnie z Wytocznymi 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 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.
4. Warunki ogólne wymagane dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz działów anestezjologii w szpitalach oraz warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalach 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. Kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii albo działem anestezjologii w szpitalu powinien być lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.
7. Pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii albo działu anestezjologii w szpitalu powinna być pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki.

§ 5. 1. Świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia bólu mogą być udzielane w szpitalu 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 w szpitalu jest konsultacja anestezjologiczna.
3. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w dziale anestezjologii w szpitalu może zostać utworzony zespół zajmujący się leczeniem bólu ostrego, głównie pooperacyjnego.

4. Poradnia leczenia bólu może funkcjonować w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego prowadzącego szpital w miejscu udzielania świadczeń przez oddziały anestezjologii i intensywnej terapii lub działy anestezjologii.

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

§ 6. 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 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, II, lub III.

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 lekarza kierującego oddziałem 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.

6. Przepisy części I załącznika nr 1 do rozporządzenia dotyczące wyposażenia stanowiska znieczulenia stosuje się również do podmiotów leczniczych innych niż prowadzące szpital.

§ 7. 1. 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 anestezjologii i intensywnej terapii lub działem anestezjologii, określa procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz niezbędnych badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w odpowiednim trybie;
- 2) plan zabiegów wykonywanych w szpitalu ustala się w porozumieniu z kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub działem 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, podczas kwalifikacji pacjenta do znieczulenia;
- 7) dokument zawierający zgodę pacjenta na znieczulenie dołącza się do historii choroby;
- 8) lekarz dokonujący znieczulenia może obsługiwać wyłącznie jedno stanowisko znieczulenia pacjenta; podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną;

- 9) 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 sprzętu i aparatury do znieczulenia i monitorowania,
 - c) skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawkę ze środkami anestetycznymi, strzykawkę z lekami stosowanymi podczas znieczulenia, testów zgodności preparatów krwi,
 - d) dokonać identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu;
 - 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, 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 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 przybycia lekarza dokonującego znieczulenia pozostaje pielęgniarka anestezjologiczna;
 - 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. Przepisy ust. 1 pkt 4 i 6 - 14 stosuje się również do podmiotów leczniczych innych niż prowadzące szpital.

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

4. 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 w szpitalu na stanowiskach intensywnej terapii.

§ 9. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalu 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 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) 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 w szpitalu 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 prowadzący szpital 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. Lekarz kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalu 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 w szpitalu 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. 1. Pielęgniarki wykonujące w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w dotychczasowych przepisach dla przeszkolonych pielęgniarek, nie spełniające wymagań określonych w § 2 pkt 6, mogą wykonywać czynności przewidziane dla pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2013 r.

2. Pielęgniarka będąca w dniu wejścia w życie pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii albo działu anestezjologii w szpitalu, która nie spełnia wymagań określonych w § 4 ust. 7, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2015 r.

§ 15. 1. W terminie nie dłuższym niż do dnia 1 stycznia 2015 r. podmioty lecznicze prowadzące szpitale 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.

2. Przepis ust. 1 w zakresie obowiązku dostosowania się do wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do niniejszego rozporządzenia dotyczących wyposażenia stanowiska znieczulenia w terminie nie dłuższym niż do dnia 1 stycznia 2015 r. stosuje się do podmiotów leczniczych innych niż prowadzące szpital.

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

MINISTER ZDROWIA

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

DYREKTOR
Departamentu Prawnego

Władysław Puzoń
racja prawny

DYREKTOR
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

Piotr Warczyński

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)

ZASTĘPCA DYREKTORA

Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

K. Borowicz
30.05.2012.

Betta Rorant
Betta Rorant

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. obejście 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 przyspieszonym”, „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 odbywa się zgodnie z Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. 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 dotychczasowych 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. Argument, że znaczna część świadczeń z udziałem anestezjologów odbywa się w innych jednostkach nie oznacza potrzeby koordynacji pracy anestezjologów. Organizacyjnie i funkcjonalnie działania anestezjologów muszą być skupione w jednej komórce organizacyjnej.

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. Z uwagi na dynamiczny rozwój technologii medycznych oraz mając na uwadze zwiększającą się liczbę pacjentów znacznie obciążonych, którzy znajdują się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia oraz konieczność zapewnienia im bezpieczeństwa, rozszerzono wymagania do trzeciego poziomu referencyjnego.

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 kierujących oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii albo działem anestezjologii i pielęgniarstwa oddziałowej. Opisanie w formie przepisu prawa wymagań jakie powinni spełniać pod względem fachowym kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii albo działem anestezjologii i pielęgniarstwa 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, II lub III 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 kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub działem 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 kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub działem 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 znieczulenia 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 lekarza kierującego oddziałem 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 osiągnięcie 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 przemyślny 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: przyłóżkowa diagnostyka rtg z torem wizyjnym, kontrpulsacja wewnątrzaoortalna, 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. Ponadto w celu zachowania dotychczasowych uprawnień wynikających z 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, wprowadzono przepis przejściowy, zgodnie z którym pielęgniarki, które na podstawie przepisów ww. rozporządzenia miały uprawnienia do: współpracy z lekarzem podczas wykonywania znieczulenia lub pozostawania przy znieczulonym pacjencie do czasu przybycia lekarza dokonującego znieczulenia lub stałej obecności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej lub bezpośredniego nadzoru nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych § 2 pkt 6 (pielęgniarka anestezjologiczna) zachowują uprawnienia pielęgniarki anestezjologicznej do dnia 31 grudnia 2012 r. Dodatkowo przepisy § 4 ust. 7 dot. wymagań dla pielęgniarki oddziałowej, wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r., z uwagi na umożliwienie ewentualnego uzupełnienia kwalifikacji.

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, Polskiej Rady Ratowników Medycznych),

- 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, Polskim Towarzystwem Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Polskim Stowarzyszeniem Perfuzjonistów, Polskim Towarzystwem Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki),
- 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 lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), projekt rozporządzenia zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

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, budżety jednostek samorządu terytorialnego i pozostałe jednostki sektora finansów publicznych 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.

Załącznik Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia..... w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych (Dz.)

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

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

Lp.	Oddział	Warunki wymagane	
1	2	3	4
1.	<p>Oddział anestezjologii i intensywnej terapii albo dział anestezjologii, w skład którego wchodzi</p> <p>w szczególności:</p> <p>a) stanowiska intensywnej terapii (dotyczy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii),</p> <p>b) stanowiska znieczulenia,</p> <p>c) stanowiska nadzoru poznieczuleniowego</p>	Lekarze	<ol style="list-style-type: none"> 1) na I poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 1 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego) - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii; 2) na II poziomie referencyjnym - równoważnik co najmniej 0,9 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego) - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii; 3) na III poziomie referencyjnym – odpowiednio równoważnik co najmniej 0,8 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego) - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii; 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.
		Pielęgniarki	<ol style="list-style-type: none"> 1) równoważnik co najmniej 2,8 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka, w tym równoważnik co najmniej 5,6 etatu – 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.

	Pozostały personel	Równoważnik co najmniej 0,5 etatu - fizjoterapeuta - odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń (dotyczy trzeciego poziomu referencyjnego).
	Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) kierownik w porozumieniu z ordynatorem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub działu anestezjologii ustala sposób komunikacji alarmowej; 2) ustala się trzy poziomy intensywności opieki pielęgniarskiej na stanowiskach intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii: <ol style="list-style-type: none"> a) najniższy poziom opieki - potrzeba ciągłego monitorowania z powodu zagrożenia niewydolnością narządową - 1 pielęgniarka na 3 łóżka stanowiska intensywnej terapii na zmianę, b) pośredni poziom opieki - pacjent z 1 niewydolnością narządową bezpośrednio zagrażającą życiu i wymagającą mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie - 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 - 1 pielęgniarka na 1 stanowisko intensywnej terapii na zmianę; 3) sala nadzoru poznieczuleniowego odrębna dla pacjentów dorosłych oraz dzieci, która znajduje się w obrębie bloku operacyjnego lub bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego; 4) udzielanie świadczeń zdrowotnych w sali nadzoru poznieczuleniowego wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza anestesjologa, 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); 5) bezpośredni nadzór nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego prowadzą pielęgniarki anestezjologiczne, którym należy zapewnić środki techniczne umożliwiające stały kontakt z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii; 6) liczba pielęgniarek anestezjologicznych w sali nadzoru poznieczuleniowego na każdej zmianie w stosunku do liczby stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinna być niższa niż 1:4; 7) lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii przejmuje na wezwanie prowadzenie resuscytacji i podejmuje decyzję o jej zakończeniu.
	Wyposażenie w aparaturę i	A. Wyposażenie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii

		sprzęt medyczny	<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 cztery stanowiska intensywnej terapii; 4) bronchofiberoskop - co najmniej 1 na oddział; 5) sprzęt do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego - co najmniej 1 na oddział; 6) przyłóżkowy aparat rentgenowski; 7) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca - co najmniej 1 na oddział; 8) respirator transportowy - co najmniej 1 na 4 stanowiska. <p>B. Wyposażenie stanowiska intensywnej terapii</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwodleżynowym; 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 zastosowaniem worka samorozprężalnego; 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 do ogrzewania pacjentów; 12) fonendoskop. <p>C. Wyposażenie stanowiska znieczulenia</p>
--	--	-----------------	--

			<ol style="list-style-type: none"> 1) aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym. Aparaturę anestezyjologiczną stanowiska znieczulenia ogólnego z zastosowaniem sztucznej wentylacji płuc wyposaża się także w: <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, 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) zestaw do zabezpieczenia drożności dróg oddechowych w przypadku wystąpienia zdarzenia jakimi są „trudne drogi oddechowe”. W skład zestawu wchodzi co najmniej: <ol style="list-style-type: none"> a) laryngoskop z łopatką z łamanym zakończeniem, b) rękojeść krótka, c) maski krtaniowe w różnych rozmiarach, d) prowadnica długa i sprężysta (typ bougie), e) prowadnica światłowodowa - co najmniej 1 na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wyodrębnioną salę operacyjną, f) rurki ustno-gardłowe, g) rurkę krtaniową, h) zestaw do konikopunkcji, i) zestaw do tracheotomii - co najmniej 1 na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wyodrębnioną salę operacyjną; 7) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji – co najmniej 1 na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wyodrębnioną salę operacyjną; 8) wyciąg gazów anestetycznych; 9) zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym; 10) znormalizowany stół (wózek) anestezyjologiczny; 11) źródło światła; 12) sprzęt do dożylnego podawania leków; 13) fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsercowy; 14) aparat do pomiaru ciśnienia krwi; 15) termometr;
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> 16) pulsoksymetr; 17) monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych; 18) kardiomonitor; 19) kapnometr; 20) monitor zwiótczenia mięśniowego; 21) monitor gazów anestetycznych; 22) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi; 23) urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych; 24) urządzenie do ogrzewania pacjenta; 25) sprzęt do szybkich przetoczeń płynów; 26) sprzęt do regulowanych przetoczeń płynów; 27) co najmniej 3 pompy infuzyjne.
			D. Wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego lub stanowiska nadzoru poznieczuleniowego
			<ul 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 3 stanowiska nadzoru poznieczuleniowego; 4) stanowiska nadzoru poznieczuleniowego: <ul 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) zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.
		Pozostałe wymagania	<ul style="list-style-type: none"> 1) usytuowanie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii zapewnia komunikację z zespołem operacyjnym, szpitalnym oddziałem ratunkowym lub oddziałem przyjęć i pomocy doraźnej oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi; 2) stanowisku nadzoru pielęgniarstwa zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej; 3) w oddziale zapewnia się izolatkę dostępną z traktów komunikacji oddziału, która posiada służbę

			<p>umożliwiająca umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych;</p> <p>4) liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii stanowi co najmniej 2 % ogólnej liczby łóżek w szpitalu;</p> <p>5) w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zapewnia się dodatkowo przyłóżkowy aparat usg oraz aparat do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych.</p>
		Wymagania przestrzenne	<p>1) powierzchnia pokoi łóżkowych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii wynosi:</p> <p>a) pokój 1-stanowiskowy - co najmniej 18,0 m²,</p> <p>b) pokój wielostanowiskowy - co najmniej 16,0 m² na 1 stanowisko;</p> <p>2) powierzchnia pokoi łóżkowych w sali nadzoru poznieczuleniowego wynosi:</p> <p>a) pokój 1-stanowiskowy - co najmniej 18,0 m²,</p> <p>b) pokój wielostanowiskowy - co najmniej 16,0 m² na 1 stanowisko.</p>

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

Lp.	Poziom referencyjny	Warunki wymagane	
1	2	3	4
1.	Pierwszy poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<p>1) co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii;</p> <p>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);</p> <p>3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka na dwa stanowiska intensywnej terapii z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 6 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.</p>
		Pozostałe wymagania	<p>Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:</p> <p>1) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych;</p> <p>2) co najmniej jednego oddziału zabiegowego oraz zachowawczego.</p>

2.	Drugi poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii; 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); 3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka na 1,5 stanowiska intensywnej terapii z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 6 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.
		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; 4) oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 5) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego.
3.	Trzeci poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1) co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii; 2) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 3 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); 3) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka na 1,2 stanowiska intensywnej terapii z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki określonych w pkt 6 Organizacja udzielania świadczeń, w części I.

		Pozostałe wymagania	Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital: <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 obrażeń wielonarządowych; 4) oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 5) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego; 6) oddziału chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń.
--	--	---------------------	---

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

Lp.	Poziom referencyjny	Warunki wymagane	
1	2	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 1 aparat do znieczulenia ogólnego, z respiratorem anestetycznym umożliwiającym wentylację ciśnieniowo-zmienną, dostosowany do znieczulania noworodków i dzieci; 3) co najmniej 2 respiratory, z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 %, przeznaczone do zastosowania we wszystkich grupach wiekowych dzieci; 4) co najmniej 2 respiratory, z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 %, przeznaczone do zastosowania u noworodków; 5) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci; 6) co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci; 7) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 8) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka na dwa stanowiska intensywnej terapii.

		Pozostałe wymagania	Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital: 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 oraz zachowawczego.
2.	Drugi poziom referencyjny	Organizacja udzielania świadczeń	1) co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii, w tym co najmniej 3 dla noworodków; 2) co najmniej 2 aparaty do znieczulenia ogólnego, z respiratorem anestetycznym umożliwiającym wentylację ciśnieniowo-zmienną, dostosowane do znieczulania noworodków i dzieci; 3) co najmniej 3 respiratory, z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100%, przeznaczone do zastosowania we wszystkich grupach wiekowych dzieci; 4) co najmniej 3 respiratory, z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100%, przeznaczone do zastosowania u noworodków; 5) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci; 6) co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci; 7) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie 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, posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 8) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka na 1,5 stanowiska intensywnej terapii.
		Pozostałe wymagania	Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital: 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 5 aparatów do znieczulenia ogólnego, z respiratorem anestetycznym umożliwiającym wentylację ciśnieniowo-zmienną, dostosowanych do znieczulania noworodków i dzieci; 3) co najmniej 4 respiratory, z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 %, przeznaczone do zastosowania we wszystkich grupach wiekowych dzieci; 4) co najmniej 4 respiratory, z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 %, przeznaczone do zastosowania u noworodków; 5) co najmniej 3 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci; 6) co najmniej 2 inkubatory zamknięte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci; 7) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 3 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, posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji); 8) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka na 1,2 stanowiska intensywnej terapii.
		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 małodzieciemu, w szczególności noworodkowi; 2) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę; 3) oddziału chirurgii dziecięcej lub obrażeń wielonarządowych wieku dziecięcego; 4) oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 5) 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) wzornikowanie 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 odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny:

- 1) przyłóżkowa diagnostyka rtg z torem wizyjnym;
- 2) kontrapulsacja wewnątrzaoortalna;
- 3) pozaustrojowe wspomaganie czynności wątroby;
- 4) pozaustrojowa wymiana gazów;

- 5) leczenie wziewne tlenkiem azotu;
- 6) diagnostyka procesu hemostazy z zastosowaniem tromboelastometrii.